

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

PSICOLOGIA PARA AS MASSAS

A construção da linguagem do sofrimento nas notícias sobre depressão

MARIANA FERREIRA POMBO

Rio de Janeiro

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

PSICOLOGIA PARA AS MASSAS

A construção da linguagem do sofrimento nas notícias sobre depressão

Monografia submetida à Banca de
Graduação como requisito para
obtenção do diploma em
Comunicação Social – habilitação em
Jornalismo.

MARIANA FERREIRA POMBO

Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz

Rio de Janeiro

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, avalia a monografia **Psicologia para as massas: a construção da linguagem do sofrimento nas notícias sobre depressão**, elaborada por Mariana Ferreira Pombo.

Monografia examinada em:

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____ .

Comissão Examinadora:

Orientador: Prof. Paulo Roberto Gibaldi Vaz
Doutor em Comunicação Social pela Escola de Comunicação – UFRJ
Departamento de Fundamentos da Comunicação – UFRJ

Prof. Henrique Antoun
Doutor em Comunicação Social pela Escola de Comunicação – UFRJ
Departamento de Fundamentos da Comunicação – UFRJ

Prof. Maurício Lissovsky
Doutor em Comunicação Social pela Escola de Comunicação – UFRJ
Departamento de Expressão e Linguagem – UFRJ

Rio de Janeiro

2007

POMBO, Mariana Ferreira. **Psicologia para as massas: a construção da linguagem do sofrimento nas notícias sobre depressão**. Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz. Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 2007. Monografia em Jornalismo.

RESUMO

Este trabalho é uma análise de como a depressão aparece na mídia e, mais especificamente, de que forma a descrição do sofrimento e das formas de identificá-lo e tratá-lo presente nas notícias contribui para a produção de uma nova subjetividade contemporânea. A hipótese é a de que a mídia hoje, através da divulgação de uma gramática da vida interior, ensina aos indivíduos o que é sofrer e os alerta para a possibilidade de o seu sofrimento experimentado no dia-a-dia ser uma doença passível de tratamento. Dessa forma, ao criar uma psicologia para as massas, a mídia interfere no modo como os leitores se pensam, descrevem seus sofrimentos psíquicos, lidam com eles e imaginam meios de evitá-los e curá-los. Defende-se ainda, por um lado, a idéia de que o surgimento da depressão e sua configuração como doença psíquica mais comum no mundo, a partir da década de 70, estão ligados à passagem da sociedade do conflito à da responsabilidade. Acompanhando essa mudança histórica e atrelada a ela, a mídia modifica o seu papel: a psicologia das massas substitui uma narrativa anterior que somente indicava aos leitores do que eles sofriam e o que deveriam fazer para se curarem, sem estimulá-los a pensar sobre si. Por outro lado, ao ensinar os sintomas da depressão, a mídia contribui para que mais pessoas se reconheçam deprimidas, o que permite supor que parte do aumento do número de deprimidos equivale, na verdade, ao aumento do número de indivíduos que se consideram deprimidos. Para exemplificar as hipóteses teóricas, o trabalho apresenta a análise de notícias sobre depressão publicadas no jornal Folha de S. Paulo no período de janeiro a outubro de 2007.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo carinho e apoio de sempre.

Ao professor Paulo Vaz, pelo aprendizado e incentivo recebidos, não só na elaboração deste trabalho, mas ao longo de toda a minha formação.

TRADUZIR-SE

Uma parte de mim
é todo mundo:
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo.

Uma parte de mim
é multidão:
outra parte estranheza
e solidão.

(...)

Traduzir uma parte
na outra parte
– que é uma questão
de vida ou morte –
será arte?

(Ferreira Gullar)

SUMÁRIO

1 Introdução

2 Depressão e história

2.1 Criação histórica do objeto

2.2 Passagem da sociedade do conflito à da responsabilidade

2.2.1 Norma: interiorização da vigilância e tensão culpabilizadora

2.2.2 Risco: responsabilidade e privatização da existência

2.2.3 Nova forma de cuidado de si

2.2.4 Novas questões psíquicas

2.3 Mídia e antidepressivos: medicalização do sofrimento

3 De quem é a doença?

3.1 Loucura e melancolia na Modernidade: do delírio à moral

3.2 Da neurose à depressão: a perda do objeto do sofrimento

3.3 Depressão: mais características

3.4 Eu neuroquímico: nós somos o nosso cérebro?

3.4.1 Drogas e molecularização do tratamento

3.4.2 Nova forma de (não) sofrer

4 Mídia e linguagem do íntimo: psicologia para as massas

4.1 Desestigmatização da doença

4.2 Estímulo a pensar sobre si

4.3 Criação da linguagem do íntimo

5 Conclusão

Referências

Anexo

1 Introdução

A depressão é a doença mental do século XXI: segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ela atinge cerca de 340 milhões de pessoas no mundo – 6% da população –, configurando-se como a segunda maior causa de morte, depois dos acidentes de carro. Só no Brasil, estima-se que haja 13 milhões de deprimidos. Nessa ‘sociedade de deprimidos’, torna-se importante, principalmente para nós da área de Comunicação Social, analisar como a depressão aparece na mídia e, dado o poder de formação de opinião exercido pelos meios de comunicação, como os leitores são afetados pela descrição do sofrimento nas páginas dos jornais e revistas.

A primeira leitura sobre o tema foi uma matéria de capa da Revista Época, publicada em 5 de maio de 2003, cujo título é ‘O desafio da depressão’. A partir dela, surgiram muitas questões que entremeiam este trabalho, como, por exemplo, de que forma o jornalismo de serviço atual, ao definir o que é depressão e construir uma fronteira entre a tristeza e a doença, determina o modo com os indivíduos irão se pensar, interpretar seus sofrimentos e agir em relação a eles. O quadro abaixo, publicado em forma de *box* dentro da reportagem, ilustra bem a construção da distinção entre atitudes e hábitos característicos de uma tristeza leve e, portanto, considerados aceitáveis, e outros definidos como mais sérios, sintomas da depressão, com os quais devemos nos preocupar e, por isso, procurar ajuda médica:

TRISTE OU DEPRIMIDO

Você está apenas triste quando

Chora assistindo a “Central do Brasil”
Dorme mais que o habitual
Não tem disposição para noitadas
Assiste a um episódio de “*Friends*” para se animar
Come sozinho uma caixa de chocolate
Faz sexo sem se preocupar em ter prazer

E está deprimido quando

Chora sem motivo horas a fio e não se sente melhor depois
Tem dificuldade para dormir, mas é capaz de passar dias prostrado na cama
A vida parece sem motivo ou objetivo
Não consegue tomar pequenas decisões
Não tem vontade de ver pessoas
Foge de qualquer contato sexual

Para encorajar os leitores a buscarem ajuda, a notícia reforça a importância de o deprimido ser diagnosticado o mais rápido possível, pois “são enormes os riscos de deixar sem tratamento as vítimas de depressão. O mais grave é o suicídio”. Além disso, defende-se a idéia de que uma depressão ‘mal curada’ aumenta a chance de outras mais fortes surgirem no futuro (50% para a segunda manifestação da doença e 70% para a terceira, caso a anterior também não seja adequadamente tratada) e pode “virar fator de risco de outras doenças”.

Além de delimitar o que é tristeza e o que é doença, a notícia da *Época* utiliza uma linguagem própria do íntimo, com expressões como “estar no fundo do poço” e “a constante sensação de estar em um abismo”, para descrever a sensação exata do que é estar em depressão. Além disso, abre espaço para quem passou por crises depressivas contar o que sentiu e ensinar aos leitores o que é sofrer, como é o caso da apresentadora de TV Sabrina Parlatore: “Mesmo estando no auge da carreira, sentia-se triste sem saber o porquê. ‘Achava que ia morrer e não dormia com medo de não acordar. Sentia um vazio tremendo’, lembra”.

Outra questão importante que apareceu após o contato com essa primeira reportagem é acerca das conseqüências que a constante reiteração da atribuição de uma causa química à depressão provoca. De fato, a relação da depressão a uma contrapartida orgânica é estabelecida na notícia em diversos momentos, não só quando define a doença – “Classicamente chamada de ‘doença da alma’, a depressão ganhou um caráter químico quando se descobriu sua ligação com a falta de suas substâncias no cérebro: a serotonina e a noradrenalina” –, mas também ao mostrar, através de ilustrações do cérebro, a ‘alquimia da depressão’, e, principalmente, ao criticar médicos que, ao invés de seguirem a interpretação química da doença, tentam achar na vida social do paciente a causa da depressão.

Uma ilustração no interior da matéria, denominada ‘Erros comuns no diagnóstico da depressão’, exhibe uma mulher perguntando ao médico: “Doutor, ando chorando muito, estou sem ânimo para nada, até para namorar. Será que estou com depressão?”. Tendo definido os sintomas da doença, o desenho apresenta, ironicamente, as interpretações – falsas – que médicos de diferentes especialidades dão para o distúrbio; eis alguns exemplos: “NO ENDOCRINOLOGISTA: ‘Acho que não. Você deve estar com algum problema na tireóide e, por isso, ganhou peso e ficou desmotivada.’; NO GINECOLOGISTA: ‘Acho que não. Você deve estar entrando na menopausa e tem que fazer reposição hormonal.’; NO PSICÓLOGO: ‘Acho

que não. Você está chegando aos 50, os filhos saíram de casa e o casamento deve ter perdido a graça”.

O psicólogo e o psiquiatra são, portanto, representados como dois profissionais diferentes, sendo apenas o segundo o detentor da verdade. Apesar de abrir um pequeno espaço para uma psicanalista lamentar que hoje em dia as pessoas não aceitam sofrer e, por isso, nem tentam entender a causa de seus problemas – “O mundo não tem espaço para o sofrimento. É como se nossa cultura não pudesse suportar alguém triste. Ninguém quer vivenciar a tristeza, analisar o que sente e o que fez para chegar a tal estado de desilusão” –, a reportagem explica por que a psicanálise já não é o método mais procurado por quem sofre: “O divã vem perdendo público. Isso acontece porque os seguidores de Freud não têm meios para comprovar que é possível encontrar a razão da depressão e curá-la através da busca do inconsciente. A seu favor, os remédios têm a vantagem de diminuir ou acabar com os sintomas da depressão”.

Assim, defende-se, de modo geral, o tratamento ‘impessoal’ da depressão – não é preciso ouvir a história ou experiências do paciente nem tampouco analisar as mudanças pelas quais ele pode estar passando na vida – exclusivamente pelo psiquiatra, o único capaz de receitar o remédio certo, na dosagem correta e pelo tempo necessário. A reportagem afirma, ainda, que o número de consumidores de antidepressivos no Brasil está muito aquém do esperado, na tentativa de alertar os leitores para a existência de “milhares de pessoas que deixam de se beneficiar com os antidepressivos”. Além disso, outra solução apresentada para curar a depressão em longo prazo é descobrir a constituição genética particular do deprimido, também determinante no surgimento da doença; dessa vez, é o próprio psiquiatra quem fala: “Avançamos com drogas potentes de poucos efeitos colaterais que encorajam o paciente a tomar a medicação pelo tempo necessário. Agora, temos que procurar o gene que desencadeia a doença. Se, um dia, conseguirmos bloqueá-lo, pode ser a cura definitiva”.

O que se pretende neste trabalho é, portanto, entender de forma mais ampla como a mídia lida com o sofrimento e quais efeitos exerce sobre a subjetividade dos indivíduos ao descrever o sofrimento psíquico, suas causas e formas de tratar, bem como ao enquadrá-lo na categoria da ‘doença depressão’. Ou seja, de que modo a narrativa midiática do sofrimento interfere na maneira como as pessoas se pensam, compreendem a si mesmas e imaginam modos de superar seus sofrimentos.

Os três capítulos a seguir refletem, cada um à sua maneira, questões que surgiram a partir dessa indagação principal em torno do nexo entre mídia, sofrimento e produção de subjetividade. O primeiro – ‘Depressão e sociedade’ – visa analisar como o próprio surgimento da depressão na segunda metade do século XX acompanha mudanças no modo com os indivíduos se julgam e atribuem valores a seus comportamentos, que serão compreendidas no contexto da passagem da sociedade do conflito (norma) e seus mecanismos de produção de culpa à da responsabilidade (risco) e sua pressão pela iniciativa individual e valorização do prazer comedido. O deprimido se configura, então, conforme define Alain Ehrenberg, como o sujeito frustrado, livre para tomar suas decisões e escolher que vida seguir, mas incapaz de atender às suas próprias expectativas. Essa mudança histórica implica, ainda, no aparecimento de uma nova forma de cuidado de si, mais concretamente na transferência do médico para o indivíduo do saber para reconhecer-se doente e do poder para cuidar do seu sofrimento. É claro que a mídia exerce papel fundamental nesse deslocamento, ao informar, no caso das notícias sobre depressão, quais são os sintomas da doença e o que o leitor deve fazer para curar-se.

Antes disso, porém, será esclarecido que o trabalho aposta na historicidade do objeto, ou seja, parte da idéia de que os objetos de preocupação e cuidado são construídos historicamente, como propõem Paulo Vaz, Ian Hacking, Michel Foucault e Arnold Davidson. A partir daí, será defendida a hipótese de que – ao contrário do que alegaria uma narrativa de progresso da medicina – a depressão surgiu justamente quando o conceito de ‘deprimido’ foi criado e influenciou o modo de os indivíduos se pensarem, levando-os a se reconhecerem como pertencentes a essa categoria. E, portanto, a mídia, ao medicalizar os sofrimentos experimentados por todos nós em determinadas fases da vida, reforça essa categoria e contribui para que os leitores se pensem deprimidos.

O segundo capítulo, intitulado ‘De quem é a doença?’, pretende contar a história das doenças mentais, começando pela loucura, passando pelas psicoses e as neuroses da idade moderna, até chegar ao surgimento da depressão na sociedade contemporânea. Como será explicado a seguir, essa evolução de patologias desenha a genealogia do sofrimento sem objeto que caracteriza o sujeito deprimido, o qual diz apenas ‘eu sofro’, e não mais ‘eu sofro de tal doença’. Com o achatamento do espaço psíquico, sua conseqüente perda de profundidade e o fim da crença na existência de forças inconscientes que governam a consciência, cabem hoje ao próprio indivíduo compreender e interpretar seus sentimentos e pensamentos, dada a sua

transparência. Por fim, será analisada a idéia de que essa ausência de objeto psíquico interior é compensada pela confiança, cada vez mais freqüente, na existência de uma contrapartida anatômica para doença mental, vista como resultado de disfunções químicas do cérebro que devem ser tratadas, portanto, à base de remédios.

O último capítulo defenderá a hipótese de que a mídia é, na sociedade atual, a maior responsável por fornecer a esse indivíduo com tanto poder para compreender seu interior e descrever seus estados mentais uma ‘psicologia para as massas’, ou seja, uma gramática comum do íntimo que estimule cada pessoa a pensar mais sobre sua vida privada e garanta que todas se compreendam mutuamente. Para analisar melhor esse fenômeno midiático, ele será dividido em três movimentos principais: desestigmatização da doença, estímulo a pensar sobre si e criação da linguagem do íntimo propriamente dita. Também serão apresentados os resultados da análise de todas as notícias publicadas no jornal Folha de S. Paulo, de janeiro a outubro de 2007, que contêm o termo ‘depressão’. O objetivo dessa exposição de resultados é exemplificar e tornar mais clara a compreensão da ‘psicologia para as massas’.

2 Depressão e história

Partindo da informação de que, até a década de 50, quase não havia pacientes diagnosticados como deprimidos e de que hoje, em contrapartida, o número de casos de depressão cresce muito e rapidamente, acredita-se ser este um terreno de grande relevância a ser explorado. Por que e como a depressão se impôs como nosso principal mal íntimo? Em que medida ela revela mudanças dos próprios dilemas da individualidade no final do século XX e início do XXI? A proposta deste capítulo é justamente responder a essas perguntas, aproveitando o espaço privilegiado ocupado pela depressão para se entender a produção de subjetividade contemporânea.

Antes de analisar a mudança histórica que acompanha a configuração da depressão como doença mental mais comum do século XXI, porém, é importante decidir entre dois pontos de partida: a depressão sempre existiu e só agora foi descoberta pela medicina ou, ao contrário, a partir do momento em que seu conceito foi construído, essa definição passou a influenciar o modo de pensar dos indivíduos, levando-os a reconhecerem-se deprimidos? A seguir, será defendida a segunda alternativa para essa questão, ou seja, a de que é exatamente quando surge uma nova forma de classificar os indivíduos em deprimidos que eles próprios se pensam portadores dessa doença e, a partir daí, imaginam possibilidades de serem, agirem e atribuírem valor aos seus comportamentos e sofrimentos.

2.1 Criação histórica do objeto

Poderíamos interpretar o surgimento de uma nova doença de dois modos distintos: ou pela permanência do objeto no tempo e a mudança de percepção sobre ele ou através da construção histórica do objeto. A primeira alternativa, contra a qual este trabalho se coloca, consiste no procedimento básico das narrativas de progresso do conhecimento, que realizam a naturalização do objeto e a sua extensão para o passado: trata-se da idéia de que determinada doença sempre existiu, mas os homens, por não pensarem como nós, não terem acesso à tecnologia necessária, etc, não viam o que hoje conseguimos enxergar e não eram capazes de reconhecer a doença (VAZ, 2002). Essa retórica é muito utilizada por autores quando propõem novas teorias e querem atribuir às hipóteses anteriores, diferentes das suas, o estatuto de atrasadas. Um exemplo foi a teoria dos marcadores somáticos proposta por Antônio Damásio em seu livro ‘O Erro de

Descartes' (apud VAZ, 2002): utilizando técnicas avançadas de visualização do cérebro, ele estabeleceu uma relação entre lesão do córtex pré-frontal e ausência de emoções e dificuldade na tomada de decisões. Em seguida, para explicar, por exemplo, porque os médicos de Jonh Gage – um homem que, num acidente em 1894, teve o cérebro atravessado por uma barra de ferro – não conseguiram associar a lesão à alteração de comportamento observada no paciente, Damásio alega que os cientistas do século XIX ainda acreditavam na alma e não podiam admitir que ações morais tivessem contrapartida anatômica: “De fato é difícil imaginar alguém dos dias de Gage com o conhecimento e a coragem para olhar na direção adequada” (apud VAZ, 2002, p. 6). Como podemos perceber, o passado é descrito por ele como lugar de crenças falsas e ultrapassadas.

O problema não é narrar a superioridade das crenças do presente sobre aquelas do passado, mas pura e simplesmente atentar para a estranheza de nossas crenças. Talvez os homens de outrora não estabeleceram a relação entre conduta social desviante e lesão cerebral simplesmente porque sua sociedade não reconhecia, no comportamento de Gage, um desvio relevante. (VAZ, 2002, p. 6)

Assim, neste capítulo, ao analisar especificamente o aparecimento e o crescimento da depressão, ao invés de tentar interpretá-los do ponto de vista do progresso da ciência e da medicina, é preferível pensar que eles ocorreram graças a uma mudança nos comportamentos que nossa sociedade considera como merecedores de atenção e cuidado. E no momento em que certos comportamentos são rotulados, por exemplo, como sintomas dos deprimidos, essa própria definição da doença interfere na maneira como os indivíduos se pensarão, constituirão sua personalidade e enxergarão possibilidades de ação no mundo. Em outras palavras, a construção histórica da doença é indissociável da construção histórica da subjetividade do doente.

Foi visando responder exatamente a questões como essas – Como modos de classificação fazem surgir ou limitam as possibilidades de ação humana? Como afetam as pessoas classificadas? Como as mudanças nessas pessoas funcionam como uma espécie de feedback para os próprios sistemas de classificação? – que Ian Hacking (2002) criou o conceito de ‘construção de pessoas’ (‘making up people’¹). Em seu livro ‘Historical Ontology’, dá o exemplo de como a

¹ A tradução da expressão ‘making up people’ para ‘construção de pessoas’ talvez não dê conta de toda a sua conotação em inglês. Além de o próprio verbo ‘to make up’ significar construir, constituir, fazer, inventar, a expressão ‘make up’ quer dizer maquiagem, arranjo, caracterização, composição. Ou seja, o conceito ‘making up people’ se refere à ação de compor e maquilar indivíduos, dar-lhes o contorno desejado, para além de simplesmente criá-los: seria possível disfarçar ou realçar certas características suas, por exemplo, como o permite a maquiagem.

divulgação de estatísticas sobre diversas doenças no século XIX fez com que o número de doentes também aumentasse e eles próprios se dividissem em grupos específicos segundo os sintomas experimentados: sua hipótese é a de que as estatísticas, ao inventarem categorias para classificar indivíduos, acabam criando também novas formas de as pessoas serem, pois elas tendem a preencher essas categorias, especialmente se elas são modos de os indivíduos se descreverem e proporem sentido e valor para suas ações.

A oposição aqui descrita como ‘mudança de percepção do objeto *versus* construção social do objeto’ é apresentada por Hacking pelo confronto entre o grupo dos realistas e o dos nominalistas. Enquanto os primeiros defendem que a separação dos seres em grupos sempre existiu naturalmente, independentemente da nossa criação de categorias, cabendo a nós somente reconhecê-los e classificá-los corretamente, os últimos argumentam que as coisas se reagrupam exatamente após estabelecermos categorias para elas e que um certo tipo de pessoa começa a surgir exatamente no momento em que nomes para denominá-lo vão sendo inventados (HACKING, 2002).

A mesma hipótese aqui levantada sobre a depressão foi lançada por ele para interpretar o surgimento da personalidade múltipla e do homossexualismo no final do século XIX. Ele descreve a ‘teoria do rótulo’ (*‘labelling theory’*), segundo a qual “a realidade social é condicionada, estabilizada ou até mesmo criada pelos rótulos que se aplicam a pessoas, comunidades e ações” (HACKING, 2002, p. 103, tradução nossa). É claro que não se trata de dizer que até essa época não tinha havido relações sexuais entre homens e nem que certos sintomas da personalidade múltipla não existiam – é só lembrar, por exemplo, da expressão ‘estar possuído’, típica da sociedade religiosa. O importante aqui é, justamente, entender a emergência do homossexual e do indivíduo com personalidade múltipla como novos tipos de pessoas, o que, em consequência, gera novas opções de ação e limita outras que seriam possíveis em um contexto diferente, onde as classificações fossem outras. Está presente nesse argumento o conceito ‘ações sob descrição’, de Elizabeth Anscombe (apud HACKING, 2002), ou seja, a idéia de que nossas ações intencionais dependem de nossas descrições sobre elas. Logo, se novos modelos de descrições surgem, fazem surgir também novas possibilidades de ação.

Dessa forma, a construção histórica do objeto, ao interferir no espaço de ação dos indivíduos, pode funcionar como um importante mecanismo de controle social. É exatamente isso que Michel Foucault propõe ao tratar da implantação da perversão na Modernidade, em seu livro ‘História da Sexualidade I’. Ao descrever a proliferação de discursos sobre sexo a partir do final do século XVIII, ele chama a atenção para uma ambigüidade presente no exercício do poder moderno (FOUCAULT, 1984). Em uma primeira análise, a criação de dispositivos que incitam as pessoas a declararem seus desejos e práticas sexuais expressa uma preocupação em reduzir e mesmo eliminar os comportamentos desviantes, de forma a garantir ‘uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora’, que funcione segundo um padrão ótimo, para o bem coletivo. O sexo nesse contexto é visto em nível de ‘população’, ao lado de outros indicadores econômicos e políticos, como se o futuro da nação dependesse dos atos sexuais de cada indivíduo. Na prática, entretanto, esses mesmos aparelhos modernos que institucionalizaram o discurso do sexo não agiram para conter ou diminuir a ocorrência das práticas de prazer consideradas ‘periféricas’ ou ‘sem propósito’; ao contrário, Foucault denomina esse período moderno de ‘idade da multiplicação’, referindo-se ao fato de que foi exatamente nesse contexto no qual multiplicaram-se as heterogeneidades sexuais. Segundo ele, o que ocorreu – e que é interessante estudar aqui – foi a implantação social das perversões.

Para facilitar a compreensão dessa idéia de implantação da sexualidade perversa, é interessante observar como a forma moderna de controle da sexualidade é bastante diferente da existente anteriormente. Até o final do século XVIII, o ‘contra a natureza’ era percebido unicamente como o ‘contra a lei’, sendo a relação matrimonial o principal foco de vigilância da sociedade. “As proibições relativas ao sexo eram, fundamentalmente, de natureza jurídica” (FOUCAULT, 1984, p. 39); a condenação do incesto e do adultério exemplificam bem esse conceito de ilegalidade dos atos. Na Modernidade, porém, a lei que punia o infrator, sujeito jurídico, e visava excluí-lo da sociedade perde lugar para a medicina que adentra o ‘doente’, mas não quer eliminá-lo do real. Esse novo mecanismo de controle se dá através da difusão simultânea do próprio poder e do objeto sobre o qual se exerce. Ao falar sobre a atenção moderna em relação à sexualidade infantil, em particular, o autor deixa bem claro como o poder se exercia mais por reforço e até multiplicação da categoria perversa do que por sua interdição:

O “vício” da criança não é tanto um inimigo, mas um suporte; pode-se muito bem designá-lo como o mal a ser suprimido. O necessário fracasso, a extrema obstinação numa tarefa tão inútil leva a pensar que se deseja que ele persista e prolifere até os limites do visível e do invisível, ao invés de desaparecer para sempre. Graças a esse apoio o poder avança, multiplica suas articulações e seus efeitos, enquanto o alvo se amplia, subdivide e ramifica, penetrando no real ao mesmo ritmo que ele. (Foucault, 1984, p. 43)

Assim, funcionando mais como princípio incitador do que inibidor, o que o poder moderno fez, na realidade, foi inventar ou, ao menos, organizar todos os grupos que considerava desviantes e perversos como espécies visíveis e permanentes, sendo o homossexual uma delas, e fazê-los proliferar. Embora se apoiasse em procedimentos de vigilância, isolamento e proibição, funcionava como mecanismo de intensificação. Essa mecânica pode ser narrada, ainda, sob a ótica de um jogo entre poder e prazer:

O exame médico, a investigação psiquiátrica, o relatório pedagógico e os controles familiares podem, muito bem, ter como objetivo global e aparente dizer *não* a todas as sexualidades errantes ou improdutivas, mas, na realidade, funcionam como mecanismos de dupla incitação: prazer e poder. Prazer em exercer um poder que questiona, fiscaliza, espreita, espia, investiga, apalpa, revela; e, por outro lado, prazer que se abraça por ter que escapar a esse poder, fugir-lhe, enganá-lo ou travesti-lo. (Foucault, 1984, p.45)

É importante esclarecer, mais uma vez, que, quando se fala de implantação da perversão na sociedade moderna, não se trata de defender que esses comportamentos sempre existiram e só agora chamaram a atenção porque se quis regular uma sexualidade que garantisse a reprodução da força de trabalho. Pelo contrário: ao invés de dizer que esses comportamentos foram extraídos do corpo dos homens e de suas práticas de prazer, seria melhor afirmar que foram solicitados, instalados, incorporados neles. Esse procedimento de cuidar daquilo a que se opõe, ao invés de excluí-lo do real, é descrito por Foucault como ‘poder pastoral’ da norma, exercido não só em relação ao perverso sexual, mas também com as outras duas figuras que representavam o anormal – o louco e o delinquente (FOUCAULT, 2001). O anormal, por ser alteridade negativa e, simultaneamente, perigosa, deveria ser corrigido e tratado; daí a psiquiatria moderna ser denominada de ‘limpeza mental’.

Talvez o Ocidente não tenha sido capaz de inventar novos prazeres e, sem dúvida, não descobriu vícios inéditos, mas definiu novas regras no jogo dos poderes e dos prazeres: nele se configurou a fisionomia rígida das perversões. (Foucault, 1984, p.48)

Arnold Davidson, tendo Foucault e seu conceito sobre a implantação perversa como base, defende ainda mais claramente a idéia de que a perversão, como doença, não existia antes do século XIX (DAVIDSON, 2001). A sua explicação para a origem histórica da perversão – ela não estava ‘escondida’ na natureza e foi descoberta pela medicina – está no surgimento, na Modernidade, de um modo diferente de entender doença mental, isto é, a crença na possibilidade de seus sintomas não terem contrapartida anatômica. Se antes se acreditava que o desejo perverso – ainda sem essa nomenclatura – era manifestação de anomalias nos órgãos genitais ou no cérebro, a partir do final do século XIX passa-se a relacionar a perversão ao funcionamento anormal do instinto sexual, presente em todas as pessoas e sem localização em órgãos específicos. Assim, a perversão surge quando é criada uma nova forma de interpretação da doença, ligada a instinto sexual, é definido o padrão normal, natural de funcionamento desse instinto, e os comportamentos desviantes são, então, agrupados na categoria da perversão.

Criar novas concepções e categorias de doenças determina a maneira não só como cada pessoa é vista pelos outros, mas também como ela própria se pensa e se comporta. O conceito de perversão, por exemplo, se tornou um modo dominante de organizar pensamentos sobre sexualidade no século XIX (DAVIDSON, 2001): quem era diagnosticado como perverso se pensava doente e passava a viver segundo esse rótulo; já aqueles que ainda não tinham sido diagnosticados deviam agir tendo sempre em mente que um mínimo desvio do instinto sexual poderia significar perversão iminente.

Seguindo a mesma linha de pensamento dos filósofos apresentados anteriormente, em vez de acreditar na ahistoricidade do objeto e na exclusividade do presente em perceber a verdade, a hipótese defendida neste trabalho é a de que também a depressão foi construída socialmente como doença: o reconhecimento das pessoas como deprimidas somente se tornou possível quando se criou o conceito de depressão como doença psíquica, isto é, quando se reuniu uma série de sintomas sentidos por muitos sob a categoria de sinais desse distúrbio. Se uma pessoa se sente cansada e indisposta para ir trabalhar por muitos dias seguidos, por exemplo, deve considerar a possibilidade de estar com início de depressão e, por isso, procurar ajuda médica o mais rápido possível, pois os sintomas tendem a piorar com o tempo, aconselharia o jornal nos dias atuais. Há décadas atrás, essa pessoa provavelmente não estabeleceria o nexo entre sua indisposição e a chance de estar doente; talvez a explicação que daria intimamente para si mesma fosse a de estar passando por uma fase ruim na carreira ou por dificuldades de relacionamento

com o chefe ou com as outras pessoas, que não a motivavam a sair de casa, etc. Hoje, ao contrário, ao invés de causa, os problemas no ambiente de trabalho seriam mero efeito da doença psíquica, acontecimento primeiramente químico (desequilíbrio de substâncias no cérebro) e que pode trazer como conseqüências – que funcionam simultaneamente como alertas para o doente perceber a presença da doença – problemas na sua vida social cotidiana.

Dessa forma, fica claro como a construção social da depressão, reforçada pela mídia através da divulgação de seus sintomas, interfere na produção de subjetividade contemporânea: gera uma nova forma de as pessoas se pensarem, descreverem seus sofrimentos psíquicos e imaginarem meios de evitá-los e curá-los. Torna-se importante analisar, portanto, as novas características sociais da atualidade que fizeram surgir a depressão e os motivos pelo quais ela não poderia ter surgido antes. De maneira geral, pode-se afirmar que, com a passagem da sociedade do conflito à da responsabilidade, os valores e pressões sociais passaram a ser outros, assim como os dilemas e as inquietações dos indivíduos: quando a culpa e o conflito interno provocados pela vigilância e a sanção normalizadora da Modernidade dão lugar, na cultura atual, ao sentimento de impotência diante de riscos, excesso de responsabilidade pelo futuro e pressão pelo bem-estar, cria-se terreno fértil para a instalação da depressão.

Essa mudança social significou, ainda, modificações na experiência subjetiva de cada indivíduo com seu corpo, sofrimento e saúde: cada vez mais a própria pessoa torna-se responsável por reconhecer-se doente – com a mídia exercendo o papel de grande divulgadora dos sintomas da depressão e dos fatores de risco de doenças orgânicas – e cuidar de si. No plano da relação de cada um com seu íntimo, também surgem novas questões psíquicas, oriundas do jogo entre liberação psíquica e insegurança identitária.

2.2 Passagem da sociedade do conflito à da responsabilidade

Partindo, então, da pressuposição de que a depressão foi construída historicamente, é necessário entender porque ela surgiu hoje, nesta sociedade específica, e encontrou ambiente propício para atingir tantos indivíduos. Duas hipóteses principais, que estão intimamente interligadas, serão defendidas: primeiramente, a de que a depressão é a doença própria de uma sociedade da responsabilidade; a segunda é a de que essa doença surge com o declínio do conflito. Assim, o crescimento do número de deprimidos acompanharia as mudanças das normas

sociais e da própria individualidade ocorridas a partir da metade do século XX. Definiremos esse processo como parte de um movimento maior, que pode ser compreendido como a passagem da sociedade da norma à do risco: o surgimento da depressão se torna possível quando a obediência e a docilidade exigidas pelas sociedades disciplinares descritas por Foucault (1987, 2005) dão lugar à pressão por decisão e iniciativa pessoais.

2.2.1 Norma: interiorização da vigilância e tensão culpabilizadora

Um dos mecanismos de funcionamento do poder disciplinar era a sanção normalizadora (FOUCAULT, 1984, 1987), que, diferentemente do poder na idade clássica (o qual visava excluir do real os desviantes), produzia positivamente no real a negatividade ética, agindo sobre o desejo, conforme foi visto em relação à perversão. Tratava-se, portanto, de observar as diferenças mínimas de comportamento e hierarquizá-las segundo a polaridade regular e desviante, permitido e proibido. Essa classificação separava os homens também entre normais e anormais – aqueles cujo comportamento desvia da regra e deve ser corrigido – e, principalmente, fazia com que cada indivíduo internalizasse essa divisão social, se inquietasse com sua potencial anormalidade e se esforçasse para pertencer aos normais, adequando-se à regularidade. É importante reforçar que essa preocupação de cada pessoa com seus desejos íntimos, aos quais ninguém teria acesso, só existia porque a norma garantia que cada pessoa, ao olhar para si e julgar seus atos e pensamentos, o fizesse com os olhos de um outro, o que gerava culpa e angústia (FOUCAULT, 1984, 1987).

A Modernidade foi, assim, a idade da vigilância e da ortopedia moral e social (FOUCAULT, 2005), que eram garantidas por uma rede de poderes laterais, à margem da justiça, representada por instituições de controle e correção que enquadravam o indivíduo ininterruptamente ao longo de toda a sua vida (criando uma espécie de quitação aparente da dívida na passagem de uma a outra) – escola, fábrica, hospital, asilo, etc – das quais a prisão era a representação máxima. Foucault dá o nome de poder panóptico (FOUCAULT, 1987, 2005) a essa vigilância constante e individual que garante a interiorização do olhar do outro, mas que ao mesmo tempo engloba a todos, fazendo referência à torre panóptica, uma construção arquitetônica localizada na parte central da prisão, do alto da qual um vigilante podia vigiar todas as celas e verificar o comportamento dos detidos, sem ser observado. O prisioneiro dentro da cela

seria a metonímia do sujeito moderno, condicionado a agir conforme o olhar do outro mesmo sem ter certeza de que alguém realmente o observava e julgava; o poder era simultaneamente visível e inverificável.

2.2.2 Risco: responsabilidade e privatização da existência

Gilles Deleuze situa o apogeu da sociedade disciplinar no século XX, mas afirma que desde então ela entrou em crise, até ser substituída, após a Segunda Guerra, pela sociedade de controle (DELEUZE, 1992). Essa mudança é percebida nas novas técnicas de poder, que constituem novos sujeitos. Em linhas gerais, o controle deixa de ser exercido através de instituições fechadas de confinamento para se dar em espaços abertos e, além disso, sai do domínio da alteridade, ou seja, é mais permissivo e tolerante em relação a desejos e atitudes.

Já não há mais a separação entre normais e anormais: ao invés de pressionados a formarem uma massa homogênea, os indivíduos da sociedade atual podem ser diferentes e independentes em relação a suas práticas. Os ‘antigos’ perversos, por exemplo, já não são objetos de preocupação social, pois o nexos entre a forma dos atos sexuais e a identidade dos indivíduos é rompido; a sexualidade não é mais causa e efeito de doença psíquica. O jogo agora deixa de ser entre diferença visível e identidade e passa a funcionar entre um hábito e sua consequência, entre prazer e futuro: a possibilidade de se contrair AIDS, por exemplo, deve ser levada em consideração no momento do ato sexual (VAZ, 1999).

A passagem da disciplina ao controle pode ser denominada também de passagem da norma ao risco, conceito a partir do qual se pensa o poder da ação humana e a relação dos indivíduos consigo mesmo, com os outros e o mundo (VAZ, 1999). O risco passa a ser o fundo de negatividade a ser evitado quando se quer atingir os valores maiores da nossa sociedade, como bem-estar, juventude e consumo. A hesitação não aparece entre um objeto de desejo singular e o ideal de normalidade, mas entre prazer imediato de uma ação no presente e risco simulado para o futuro. Ao mesmo tempo em que a lógica hedonista diz ao indivíduo que ele tem o direito, e mesmo o dever, de ser feliz e consumir, a cultura do risco o alerta para as consequências negativas que um descuido pode trazer.

A dificuldade do indivíduo hoje é a de se situar entre a sensação de uma imensa impotência – somos constituídos e atravessados por riscos, ameaçados de dependência, insignificantes diante das mudanças aceleradas provocadas pelas tecnologias no mundo do trabalho e encontramos dificuldades para estabelecermos alianças uns com os outros visando mudanças sociais – e a solicitação social de que sejamos responsáveis por nossa vida e morte. (VAZ, 1999, p. 16)

É exatamente esse conflito entre responsabilidade quase plena por sua vida e impotência diante dela que caracteriza o sujeito deprimido. Em vez de agir segundo leis e ordens externas, cada pessoa é mesmo pressionada a recorrer a suas competências mentais para que cuide de si, estabeleça seus limites e julgue seus próprios comportamentos. Estamos diante da ausência de padrões e guias sobre o que ser e fazer: essa perda de referências ‘privatiza’ a existência, transformando cada indivíduo em ‘soberano’ de si, em único ‘proprietário’ da sua vida (EHRENBURG, 2000).

O indivíduo soberano, que só se parece consigo mesmo, não precisa mais seguir regras estruturantes nem disciplinas: é o sujeito ‘puro’, ‘instituição de si mesmo’ (EHRENBURG, 2000), no sentido de que nenhuma lei moral ou tradição vinda de fora lhe indica como agir. A noção de ‘proibido’, tão marcante na cultura da norma, se relativiza diante de um sujeito com tanto poder em relação a sua vida e futuro: como já não há mais risco de estigmatização e julgamento; teoricamente ‘tudo é possível’.

Voltemos, então, às duas hipóteses iniciais: fica claro agora porque a depressão é a doença, não de uma sociedade baseada na culpa e no conflito causado pela divisão permitido-proibido, mas a de uma sociedade da responsabilidade, cujos indivíduos, responsáveis pelas consequências negativas de suas ações no futuro, têm dificuldade em lidar com a oposição possível-impossível. A perda de normas sociais que induziam aos conformismos de pensamento e automatismos de conduta e faziam cada pessoa se angustiar com sua anormalidade abre para um espectro enorme de possibilidades sobre como levar a vida e ter prazer. O deprimido se configura, nesse contexto, como o homem cansado de ter que se tornar si mesmo (EHRENBURG, 2000), que não se sente à altura de suas próprias expectativas; a depressão se define como patologia da insuficiência, da incapacidade, e não mais do erro ou do conflito.

2.2.3 Nova forma de cuidado de si

A passagem da norma ao risco e o conseqüente deslocamento de inquietações dos indivíduos implicou também uma mudança significativa na experiência subjetiva que temos do nosso corpo e da forma de cuidá-lo. “Pensar a mudança no cuidado é descrever a mudança no que precisa ser cuidado, no modo de cuidar e no que se espera ser ao cuidar-se de si; em suma, descrever uma mudança em nós mesmos” (VAZ, 1999, p. 1). Hoje, com o avanço das tecnologias médicas, foi possível, por exemplo, a aparição do transexual. A comparação com o homossexual permite delinear o deslocamento com clareza: não se trata mais de descobrir um desejo e questionar a identidade, mas sim de transformar o corpo para adequá-lo à identidade, reduzir a distância entre o que quer o pensamento e o que quer o corpo (VAZ, 1999).

A própria concepção de corpo mudou: se antes sofria limitações porque era investido como força produtiva, agora é estimulado a consumir e ter prazer. A indústria farmacêutica cresce, prometendo beleza e bem-estar. O consumo crescente de remédios contra a depressão e a enorme variedade de antidepressivos no mercado constituem um bom exemplo de como o corpo – e a mente aqui pertencendo ao conjunto ‘corpo’ – não pode, em hipótese alguma, sofrer. No entanto, como já foi dito, ao mesmo tempo em que deve ser explorado na sua capacidade de provocar sensações, o corpo deve ser bem administrado, tendo em vista os riscos de consumo e prazer excessivos (Vaz et al., 2006).

Cada cultura, ao estabelecer objetos de cuidado, também atribui a alguns indivíduos a capacidade de cuidar de outros. Assim, da norma ao risco, também a relação do indivíduo com seu sofrimento e sua doença mudou. Antes, na Modernidade, quando a pessoa sentia uma dor orgânica, ia ao médico para que ele a transformasse em sintoma de alguma doença. O diagnóstico tendia a coincidir com a manifestação da doença. Da mesma forma, no caso das doenças mentais como as neuroses e as psicoses, cabia ao psicanalista ouvir a história do paciente, que o procurava voluntariamente, interpretar seu relato e diagnosticar seu sofrimento. Mesmo antes da psicanálise, era ao médico que cabia reconhecer a doença no louco, já que ele requer sabia que estava doente, e indicar o seu internamento. O importante, nos dois casos de doença (orgânica e mental), é a real necessidade da figura do médico, não só para cuidar da saúde dos indivíduos e ser capaz de curá-los, mas, principalmente, para lhes dizer do que sofriam: a autoridade médica era a única detentora do saber sobre a doença na cultura moderna. Além da cura médica, havia

também nessa época uma solução política, para reduzir coletivamente a ocorrência de doenças, centrada na situação social: o Estado deveria intervir para reduzir as desigualdades de renda e melhorar as condições de higiene da população, principalmente das suas camadas mais pobres, onde a interferência médica encontrava seu limite. É interessante lembrar que no século XIX ainda acreditava-se no nexo entre sujeira corporal e ‘sujeira’ mental.

Já na sociedade atual, surge, no domínio das doenças orgânicas, o conceito de fator de risco (Vaz et al., 2006), definido como o que amplia as chances de uma doença advir. Isso é possível porque a medicina vem ampliando cada vez mais a distância temporal entre exposição ao fator e experiência subjetiva da doença, o que permite a interferência – é só pensarmos, por exemplo, que pessoas fumantes, sedentárias, com obesidade e colesterol alto (fatores de risco para as doenças do coração) podem se cuidar a tempo e não adoecerem no futuro. Ligado, assim, a hábitos cotidianos, o fator de risco transfere para cada indivíduo o poder de administrar seu corpo, a preocupação constante e o cuidado crônico com a saúde. Cada pessoa deve ser capaz de reconhecer-se como pertencendo a algum grupo de risco pelo estilo de vida que tem e, a partir daí, alterar seus hábitos para diminuir as chances de adoecer.

A mudança social do conflito à responsabilidade, a crise da política e do Estado de Bem-Estar criam, portanto, uma cultura que pretende dar autonomia ao indivíduo para que ele próprio cuide de si, como o comprova a multiplicidade recente dos grupos e livros de auto-ajuda. É importante lembrar que esses novos modos de regular e gerir a própria vida são válidos e obrigatórios para todos (EHRENBERG, 2000). Esse excesso de responsabilidade pelo futuro – ‘posso (e devo) decidir tudo que diz respeito à minha vida’ –, aliado à impotência diante de tantos riscos e aos eventuais fracassos na tomada de decisões, que acabam muitas vezes sendo custosas, gera os sentimentos de insuficiência e incapacidade, característicos do quadro clínico da depressão. Nem sempre é necessário, porém, o nexo com o risco para que o indivíduo se sinta incapaz: a simples imaginação sobre quão mais prazerosa sua vida poderia ser ou, ainda, quanto mais sucesso, riqueza e reconhecimento poderia alcançar caso se esforçasse mais já garante a frustração consigo mesmo e a dificuldade em aceitar uma realidade pior do que as expectativas, pois a premissa que vigora é a de que a concretização de objetivos e o sair-se bem na vida só dependem de ações individuais.

A epidemiologia dos fatores de riscos e a genética promovem a generalização do conceito de portador ou quase-doente: pelas predisposições e hábitos de vida, todos são portadores virtuais

de alguma doença (Vaz et al., 2006). Multiplicam-se os estudos e as pesquisas conectando hábitos de vida à possibilidade acrescida de adoecer – cigarro e câncer de pulmão, alimentação gordurosa e doenças cardíacas, etc. Assim, essa nova medicina preditiva transfere a responsabilidade pelo cuidado com a saúde das autoridades de saber para o próprio indivíduo. O fundamental aqui é o papel que a mídia desempenha nesse contexto: é ela a principal divulgadora dos fatores de risco com os quais os leitores devem se preocupar.

Do mesmo modo, no caso do sofrimento psíquico, e mais especificamente da depressão, o indivíduo passa a ter a chance de ele próprio diagnosticar o que sente através das descrições na mídia do que é sofrer, dos sintomas da doença e das formas de tratá-la e preveni-la. O médico já não é a figura que ensina o paciente a cuidar de si, e nem o principal informante sobre os riscos de suas práticas cotidianas e a possibilidade de seus sofrimentos serem, na realidade, doenças passíveis de tratamento. A mídia ocupou esse lugar. Só cabe ao psiquiatra, às vezes até mesmo ao próprio clínico geral, dizer se o paciente sofre muito ou pouco, para receitar um remédio mais ou menos forte, já que tratar hoje a depressão significa, muito claramente, reduzir a intensidade de seus sintomas, buscando a satisfação e não a saúde do doente. Embora ainda haja certo consenso sobre a necessidade de aliar à tomada de medicamentos a psicoterapia, esta é cada vez mais vista como um potencializador do efeito dos remédios, justamente porque sua função seria somente a de permitir ao médico observar a melhora dos sintomas, das sensações desconfortáveis do seu paciente.

Há, inclusive, atualmente, a tentativa por parte dos médicos de tornar o paciente consciente de sua doença, que cada vez mais tende à cronicidade: o deprimido ideal hoje seria aquele capaz de reconhecer sozinho os sinais de reincidência da depressão e recomeçar a tomar os remédios, já receitados pelo médico na ocasião da primeira crise. É por esse motivo que Ehrenberg chama o deprimido de diabético mental. “Uma automedicação bem conduzida é um bom sinal de maturidade psicológica do paciente, bem mais do que do talento pedagógico de seu médico. [...] O ideal da aliança terapêutica consiste em transferir as competências do médico para o paciente” (EHRENBURG, 2000, p. 252 e 253). Assim, quando a depressão entra no grupo das doenças crônicas, seu tratamento também passa pela transferência da responsabilidade e do cuidado para o próprio paciente.

Ser bom sujeito hoje, aquele que cuida corretamente de si, significa, portanto, estar mais bem informado pelos meios de comunicação de como agir para viver mais e melhor. Em 1975, o

médico Escoffier-Lambiotte já defendia essa idéia no jornal *Le Monde*: “A hierarquia que hoje se estabelece entre os homens é função do conhecimento e não apenas, como foi o caso desde milênios, do nascimento e do dinheiro” (apud VAZ, 2002). Cuidar da saúde não inclui mais reduzir desigualdades sociais; é preciso que cada um se mantenha informado, para reconhecer-se doente, ou quase-doente, e saber os meios de contornar a situação.

2.2.4 Novas questões psíquicas

A passagem da sociedade do conflito à da responsabilidade modificou as relações de cada indivíduo, não só com a sociedade, mas também consigo mesmo. Assim, na cultura atual, na qual a depressão prevalece como o principal mal íntimo, o indivíduo apresenta novas questões psíquicas, motivadas por uma dinâmica cujas duas facetas principais são a liberação psíquica e a insegurança identitária (EHRENBERG, 2000).

É bom lembrar que a difusão da depressão a partir da década de 60 acompanha, dentro desse movimento maior da passagem da norma ao risco, mudanças sociais, econômicas e políticas mais concretas – sem dúvida interligadas, inseridas nele – que se delineiam no mundo a partir do pós-guerra: houve crescimento econômico e urbanização das cidades; mudanças na família, provocadas pela fragilização dos papéis tradicionais imaginados para cada sexo; heterogeneização de modos de vida e pluralização de valores, em oposição às normas sociais mais rígidas vigentes anteriormente; surgimento de novas possibilidades de ascensão social, rompendo com a crença na imobilidade entre as classes e a concentração do luxo, e gerando otimismo generalizado. Atrelado a essa última transformação, o progresso das condições materiais de vida rompeu com a ligação praticamente necessária entre qualidade de vida e riqueza, fazendo com que o bem-estar deixasse de ser uma aspiração longínqua e se transformasse em uma realidade acessível e desejada também pelas classes mais populares (EHRENBERG, 2000).

A liberação psíquica é fácil de ser observada: sejam os psicólogos em seus consultórios com as ‘terapias da liberação’ (EHRENBERG, 2000) ou a mídia, através de um discurso que encoraja uma atenção nova à vida íntima e abre espaço para que as pessoas descrevam em detalhes seu sofrimento e questões privadas, as palavras de ordem da sociedade contemporânea se repetem em todos os seus níveis: tenta-se fornecer a cada indivíduo meios práticos para que ele

próprio se ‘liberte’, construa sua identidade, independentemente de qualquer coação externa ou censura interna. Ancorado na máxima de que ‘tudo é possível’, vinga o discurso de que não se trata mais de adaptar-se a uma realidade pré-dada, e sim de trilhar caminhos individuais particulares. As promessas dessas terapias são novas, já que agora os pacientes não apresentam conflito interior nem ‘objeto’ – como será exposto no próximo capítulo – que provoca sofrimento: ensinar como viver plenamente, atingir o bem-estar interior, melhorar a auto-estima e o sentimento de inferioridade, tornar o ‘proibido’ passível de ser feito. (EHRENGERB, 2000). É simples entender porque esse tipo de tratamento psíquico normalmente vem acompanhado da prescrição de remédios aos pacientes: ambos visam somente estabelecer o bem-estar do indivíduo e preencher momentaneamente o ‘vazio’ depressivo.

Com o sucesso dessas ‘terapias da liberação’, ratifica-se a tolerância nova para com o direito à diferença, a idéia de que todos podem ser ‘normais’, independentemente de suas particularidades e preferências. Há, inclusive, uma nova demanda no sentido de que cada indivíduo assuma seus desejos e saiba exprimi-los. O mesmo ocorre em relação ao sofrimento psíquico: como o mais simples abatimento do dia-a-dia é visto como sintoma de doença, sofrer de um mal psíquico não é mais condição de anormalidade ou loucura. Daí a multiplicação de espaços na mídia, sobretudo na televisão, nos quais as pessoas contam, por exemplo, suas experiências amorosas e sexuais ou o sofrimento que experimentaram em determinada fase e a maneira como o superaram. Essa exposição da vida íntima se torna possível, e até mesmo legítima, pois a esfera pública passou a ser prolongamento da privada e a própria percepção do íntimo mudou, deixando de ser lugar do segredo e passando a possibilitar a liberação do indivíduo das regras que ditariam a sua vida (EHRENBORG, 2000).

A emancipação talvez nos fez sair dos dramas da culpa e da obediência, mas ela muito certamente nos conduziu aos dramas da responsabilidade e da ação. Foi assim que a fadiga depressiva tomou a frente da angústia neurótica. (EHRENBORG, 2000, p. 289, tradução nossa)

Essa liberação psíquica, porém, por significar muitas vezes ausência de limites e referências sobre o que ser e fazer, pode gerar em muitos indivíduos insegurança identitária: se já não há uma norma unitária que ordene desejos e comportamentos, existe, por outro lado, uma pressão forte para que as pessoas se tornem elas mesmas (EHRENBORG, 2000). A questão da ação não é mais se temos ou não o direito de fazer, mas se somos capazes de realizá-la; a

depressão não se pensa nos termos de direito, mas no da capacidade. É a doença não do sujeito que mal agiu, mas daquele que não pode agir e se frustra consigo próprio.

O indivíduo que se libertou da moral deve fabricar a si mesmo e a sua história, tendendo em direção ao super-homem, ou seja, agir sobre sua própria natureza para ultrapassar-se, ser mais do que si. A depressão seria, então, a contrapartida do homem que é seu próprio soberano, mas se sente frágil, cansado dessa sua soberania. Essa insegurança identitária é socialmente designada como um sintoma da depressão: seria o ‘vazio’ interior, o sentimento de insuficiência perante a vida e as decisões a serem tomadas. Uma vez mais, os remédios aparecem como instrumento mais imediato, e inclusive valorizado socialmente, para compensar essa sensação de incapacidade e preencher o vazio depressivo.

2.3 Mídia e antidepressivos: medicalização do sofrimento

Torna-se importante analisar como os meios de comunicação também contribuem para a construção social da depressão como a doença mais comum da nossa época. Por enquanto, eis o argumento na sua forma mais simples: ao difundir informações sobre os sintomas da depressão, alertando sobre a possibilidade de o sofrimento que experimentamos no dia-a-dia ser uma doença psíquica passível de tratamento, a mídia contribui para que um maior número de pessoas se reconheça deprimido (EHRENBERG, 2000). Seguindo essa lógica, o crescimento do número de deprimidos equivaleria, na verdade, ao aumento do número de pessoas que se reconhecem deprimidas. Esse argumento é reiterado pelo fato de a depressão hoje não ter uma definição tão exata e limitadora: tudo o que sentimos de ruim – ansiedades, mal-estares, angústias, frustrações – pode ser enquadrado no seu diagnóstico. Especialistas acreditam, inclusive, que ela cobre um espectro de sintomas ainda mais largo do que aquele que a neurastenia atingia no século XIX.

Tendo a hipótese da construção social do objeto como base, a depressão seria, então, uma categoria criada socialmente e reforçada constantemente pela mídia, através da medicalização de sofrimentos que podem atingir todos nós, em certas fases da vida (insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, mau humor, etc). Além disso, a solução proposta para esses sofrimentos íntimos pelos meios de comunicação é sempre apostar na capacidade da tecnologia e dos remédios, ao apontar as consequências super negativas de uma doença não-diagnosticada ou tardiamente descoberta, e tratada indevidamente. O discurso é ainda mais

convvincente porque é aberto espaço para especialistas e vítimas que sofrem defenderem o argumento.

Ian Hacking (2002) argumenta que a indústria da propaganda, confiando em nossa suscetibilidade em seguir modelos, também se dedica bastante ao trabalho de ‘construção de pessoas’. No caso da depressão, isso significa dizer que os grandes fabricantes de antidepressivos criam uma publicidade que transforma, assim como o faz o discurso midiático, simples experiência de tristeza de cada um em doença a ser curada. Ao criar a categoria do ‘deprimido que necessita de ajuda’, os remédios para a depressão, cada vez mais específicos e em maior número em circulação, também contribuiriam para a ampliação de casos passíveis de serem enquadrados na definição ‘depressão’. As próprias pessoas passam, assim, a se sentir envolvidas pela classificação e a se considerarem como pertencentes à categoria de deprimidos, o que gera o crescimento das estatísticas de ocorrência do distúrbio.

O comercial televisivo nos EUA do remédio Paxil, para tratar a desordem da ansiedade generalizada (GDA), é um ótimo exemplo de como a publicidade contribui para a construção social da categoria de doença mental: ao invés de falar sobre o remédio e a doença, a propaganda, com o slogan ‘Paxil... sua vida está esperando’, tenta mostrar ao ‘consumidor’ que sua ansiedade no dia-a-dia, em casa e no trabalho, acontecia, não porque ele estava somente preocupado, mas sim sofrendo de uma desordem tratável (ROSE, 2006). Inicialmente, quatro pessoas, dois homens e duas mulheres, descrevem o que sentem: “Eu sempre acho que alguma coisa terrível vai acontecer e não consigo controlar isso” ou “É como se eu nunca tivesse a chance de relaxar. No trabalho, estou preocupada com as tarefas de casa. Em casa, estou preocupada com as coisas do trabalho”. Em seguida, uma voz feminina em off: “Se você é uma das milhões de pessoas que vivem com preocupação e ansiedade incontrolláveis, ou com vários desses sintomas (os sintomas aparecem na tela enquanto ela fala: preocupação – ansiedade – tensão muscular – cansaço – irritabilidade – falta de concentração – distúrbios no sono), você pode estar sofrendo de desordem de ansiedade generalizada e um desequilíbrio químico pode ser o culpado. Paxil atua para corrigir esse desequilíbrio e aliviar a ansiedade”. Finalmente, as mesmas pessoas que se queixavam no início estão felizes, rindo, brincando com crianças e lavando carros. Uma delas explica a mudança brusca: “Eu não estou mais tomada pela preocupação, me sinto eu mesma de novo” (ROSE, 2006, p. 213 e 214, tradução nossa). Dessa forma, a droga promete, não criar um ‘eu’ diferente, mas restaurar o real ‘eu’ anterior à doença. Além disso, a propaganda, assim como a

mídia, também se propõe a educar consumidores potenciais, que devem agir cada vez mais cedo e cuidar mais da saúde. É como se houvesse, por parte dos fabricantes de remédios, uma tentativa de demonstrar preocupação ‘em tornar o mundo mais saudável’.

Um outro exemplo, não específico da propaganda, mas de como o próprio surgimento dos remédios, ao criar uma doença a ser tratada, faz com que as pessoas preencham essa nova categoria, é o crescimento do número de pessoas que sofrem de sociofobia nos EUA, de 3% nos anos 80 para 13%, na década de 90. A primeira explicação é a mudança na própria definição médica dos itens necessários ao diagnóstico da condição sociofóbica: se antes era exigido ‘um desejo compulsivo a evitar’, depois ‘uma perturbação intensa’ já poderia significar a presença da doença, o que, claramente, amplia a possibilidade de as pessoas se identificarem sociofóbicas. A segunda justificativa diz respeito justamente ao surgimento dos remédios: um dos próprios médicos responsáveis pela reformulação do conceito do distúrbio explica que, quando a incidência da sociofobia começou a crescer, a indústria farmacêutica começou a se preocupar com ela. Mais remédios, novas classificações, maior número de pessoas que se identificam com os sintomas a serem tratados (BEZERRA JÚNIOR, 2000). Esse autor escreve sobre a tentativa – bem-sucedida – dos fabricantes de psicofármacos de transformar sensações naturais da vida de cada um em doenças com nome e tratamento disponível:

“A lógica é precisa: primeiro encontra-se uma maneira de isolar uma condição insatisfatória da vida atual dentro de um quadro construído com vocabulário psicopatológico. Em seguida faz-se uma definição mais fina, mais precisa do conceito, de modo a diminuir a zona de imprecisão no espectro entre ‘condições indesejadas mas normais’ e ‘condições suportáveis mas patológicas’, fazendo com que o diagnóstico seja aplicável a uma população ampla o suficiente para criar um mercado estável. Nesse ponto as consciências estarão preparadas para se surpreender com as curvas epidemiológicas de incidência e prevalência da doença”. (BEZERRA JÚNIOR, 2000, p. 165)

Os conceitos de ‘condições indesejadas mas normais’ e ‘condições suportáveis mas patológicas’ são bastante significativos para compreendermos a construção da noção de doença mental na atualidade: cada vez mais as condições do primeiro tipo – sofrimentos inerentes à vida, que não gostamos de enfrentar, como perdas e decepções amorosas, a proximidade da morte, dificuldades de realização no trabalho, o vazio que resulta de conquistas, etc – tendem a ser transformadas, tanto pela mídia como pela publicidade dos remédios, em condições do segundo tipo – sofrimentos que, apesar de até serem em alguma medida toleráveis, já são definidos como

doença e podem ser erradicados com medicamentos, apresentados como cada vez menos tóxicos e nocivos ao organismo. Numa sociedade na qual a palavra de ordem é ‘ter prazer’ e onde sofrer não é aceitável em nenhuma hipótese, é compreensível porque esse deslocamento acontece de forma tão insensível. Já não é mais necessário que cada um decifre a si mesmo, procure a causa de seus sofrimentos psíquicos, se eles podem ser camuflados através de pílulas químicas. Não é à toa que a depressão tende a se transformar em uma doença crônica, assim como a diabetes (EHRENBURG, 2000). Aceitar a cronicidade da depressão, prolongando o uso de remédios, que deixam de ser ‘medicamentos’ para se tornarem ‘ajuda doméstica’, é adiar infinitamente – ou até negar – a possibilidade de o indivíduo aprender a conviver com seus sofrimentos psíquicos e angústias, integrando-os à própria experiência de vida.

3 De quem é a doença?

Foucault afirma que o nascimento da clínica, no início do século XIX, caracteriza o início da medicina moderna. A mudança mais importante em relação à idade clássica foi a construção de um paradigma de localização que fixa a doença ao corpo, o que significa dizer que o sofrimento passa a ter contrapartida anatômica (VAZ, 1997). No campo das doenças mentais, esse paradigma falhou: apesar de inicialmente a medicina ‘moral’ imaginar que os distúrbios comportamentais, como perversão e homossexualidade (DAVIDSON, 2001), pudessem estar localizados nos órgãos sexuais ou no cérebro, essa hipótese se enfraqueceu ao longo do século XIX, ainda mais com o surgimento da psicanálise. Doença mental se configurou, portanto, como uma desordem sem lesão, localizada no espaço interno psíquico, entre o cérebro orgânico e o lugar da conduta social (ROSE, 2006).

Essa diferença principal entre a medicina clássica do século XVIII e a moderna do século XIX fica clara quando pensamos na questão que o médico endereçava ao doente em cada uma das épocas (VAZ, 1997). Antes do surgimento da medicina clínica, a pergunta era ‘o que você tem?’, ou seja, o paciente descrevia a sua dor invisível com uma linguagem figurativa que o médico também compreendia e este, então, diagnosticava a doença. “A invisibilidade sentida fazia ver” (VAZ, 1997, p. 245). Nesse caso, podemos dizer que o doente era ‘dono’ da sua doença, pois a descrição sobre o que sentia era a informação mais importante – até a única – de que o médico dispunha para ‘ver’ a doença e dar o seu parecer. No caso da doença mental, o saber do médico não era tão requisitado, visto que a loucura era interpretada do ponto de vista religioso como possessão, interferência de potências sobrenaturais no corpo dos homens.

Já na Modernidade, a questão passa a ser ‘onde dói?’, comprovando a idéia de que a dor invisível, experiência subjetiva do paciente, é objetivada no corpo, ou seja, ganha substrato anatômico (VAZ, 1997). Dessa forma, a pergunta ‘onde dói?’ é apenas o ponto de partida para que o médico procure em lugares específicos (órgãos internos) do corpo do doente os sinais visíveis ou audíveis – é nessa época que surge o estetoscópio – dos sintomas da doença mencionados pelo paciente.

Em relação à doença mental, com a falha da contrapartida orgânica em órgãos específicos, ainda acreditou-se, pelo menos no início do século XIX, em uma nova forma de visibilidade: indivíduos afetados pelo mesmo distúrbio psíquico poderiam ser classificados por sua aparência

física semelhante, como postura, olhar, gestos, cor da pele e expressão facial (ROSE, 2006). Nesse caso, cabia ao médico observar a imagem visual do paciente para individualizar sua patologia. No final do século, entretanto, principalmente com as teorias de Freud e Kraepelin, as doenças mentais – neuroses e psicoses, principalmente – passaram a estar localizadas unicamente no espaço psicológico da pessoa. Ocorreu um distanciamento do olhar: o interior psíquico do paciente, repositório de biografia e experiência, origem de pensamentos e desejos, deveria ser interpretado, dada a evidente impossibilidade de analisá-lo com os olhos (ROSE, 2006). As perguntas a serem feitas pelo psicanalista ao analisando seriam, então, ‘o que você pensa?’, ‘conte sua vida íntima, seus sonhos’, ‘confesse suas práticas sexuais’, pois o objetivo era, a partir do relato da sua história, da cronologia de sintomas, comportamentos e pensamentos, descobrir desejos inconscientes que o levavam a agir de determinada maneira.

Na passagem da idade clássica à moderna, o poder e o saber sobre a doença foram deslocados, assim, do paciente para o médico, cuja presença, observação e audição se tornam essenciais na determinação da doença. No caso da doença mental, isso é bastante claro, pois a confissão na psicanálise ocorria sem que o paciente soubesse que estava confessando; o conceito de ato falho implicava que ele expusesse seus desejos inconscientes, a sua ‘verdade’, apesar dele mesmo. A interpretação do médico era, por isso, fundamental nesse processo de revelação inconsciente do paciente.

Como foi visto no capítulo anterior, na atual sociedade do risco o médico não é mais a autoridade de saber que dá nome aos sintomas experimentados pelo indivíduo. É claro que não rompemos de vez com a medicina clínica, mas com o crescimento da medicina preditiva e a mídia divulgando sintomas de doenças psíquicas ou fatores de risco, no caso das doenças orgânicas, cada indivíduo pode, ele próprio, reconhecer-se já doente ou na iminência de adoecer e, a partir daí, cuidar de si ou procurar um médico, já sabendo do que sofre. Estaríamos vivenciando, portanto, a volta da propriedade da doença do médico para o doente.

Na lógica preditiva da sociedade do risco, como as pessoas hoje vão ao médico sem nem ainda estarem doentes, poderíamos arriscar que a questão feita a elas seria ‘quais são seus hábitos de vida?’, para que o médico pudesse dizer quais as suas chances acrescidas de adoecer no futuro e recomendar mudanças em suas práticas diárias. É importante lembrar, porém, que esse papel de alertar para os fatores de risco presentes no estilo de vida de cada um é desempenhado cotidianamente, antes do próprio médico, pela mídia, nas notícias sobre saúde. Além dos hábitos

de vida, também a genética aparece hoje como importante aliada na descoberta de suscetibilidade a doenças, apesar de ainda haver muita controvérsia e polêmica em torno do assunto. Se antes a propensão genética era pensada com base na história familiar, agora, com as novas tecnologias, surgem os testes de diagnóstico pré-sintomático, que permitem relacionar irregularidades visíveis nos genes ao aumento da possibilidade de a pessoa vir a ter uma doença no futuro (ROSE, 2006). Nas duas atitudes do médico – perguntar sobre estilo de vida ou pesquisar a estrutura genética – o objetivo é o mesmo, de descobrir contrapartida objetiva para o sofrimento futuro do paciente; a pergunta por trás de seus procedimentos seria ‘onde pode vir a doer?’, já que se trata de descobrir no presente como o corpo do paciente será afetado no futuro.

Já no caso das doenças psíquicas ou da depressão, mais particularmente, o sofrimento tende a ser caracterizado pela ausência de objeto: já não mais se acredita em desejo inconsciente ou espaço psíquico profundo repositório de pensamentos e de experiências; a psicanálise começa a ser vista como ciência atrasada. Assim, o médico perguntaria ao deprimido ‘como você sofre?’ e não mais ‘conte sua vida, seus sonhos, suas angústias’. Isso porque o objetivo do médico não seria mais o de tentar desvendar o sofrimento, até porque ele não tem ‘objeto a ser desvendado’, e sim receber uma descrição minuciosa de sentimentos ruins, sobre os quais o tratamento e a medicação irão atuar para reduzir.

3.1 Loucura e melancolia na Modernidade: do delírio à moral

A passagem do mundo religioso – idade clássica – ao mundo do sujeito racional – idade moderna –, além de marcada pelo início da medicina clínica, que trouxe com ela o estudo da anatomia patológica, também conheceu grande mudança na concepção de doença mental. A loucura experimentou um deslocamento semântico descrito por Foucault como o esquema nietzschiano da passagem do ressentimento à má-consciência (apud VAZ, 1997): a loucura deixa de ser exterioridade absoluta, desrazão, e passa a estar presente em cada um de nós, na forma da má-consciência.

Nos séculos XVII e XVIII, predominava a compreensão ressentida da loucura, ou seja, havia exclusão recíproca entre pensamento e loucura: onde um existe, não há o outro. Logo, se penso, não sou louco, e vice-versa (VAZ, 1997). O movimento do ressentimento é claro quando a loucura é alteridade externa do pensamento racional e pensada como ausência de razão: a razão

inventa a negatividade no real (ser louco é ‘ruim’) e se atribui uma positividade moral por ser negação da negatividade (se penso, não sou louco; logo sou ‘bom’) (VAZ, 1997). Em última instância, porém, o louco não tem culpa por seu estado, já que a doença está além do seu controle, é interferência divina.

No século XIX, de doença do delírio e da desrazão, a loucura se transforma em doença mental ligada à vontade e à moral (VAZ, 1997). Não permite mais ser interpretada como pecado ou infração às leis divinas, e sim como alienação, um mal que invalida a liberdade do indivíduo (EHRENBERG, 2000). Situada no eixo da ação e da liberdade humana, a loucura passa a ser considerada desvio de comportamento, já que cada pessoa usa de maneira autônoma a sua razão. A loucura é má-consciência, internalização da alteridade: em todo homem são, há um resto de loucura, contra o qual é preciso lutar. Da mesma forma, inversamente em todo louco ainda há consciência de si, porém não forte o suficiente para controlar seus desejos ‘desvairados’. Já que a culpabilidade pela doença é internalizada no louco, a cura também depende dele: estará curado quando for capaz de tomar a si mesmo como objeto a desalienar, ou seja, internalizar a regra, localizar o erro, garantindo, assim, que não continuará a acontecer. “No instante em que se reconhece louco, torna-se são” (VAZ, 1997, p. 23).

Foucault, em ‘História da Loucura’, critica a razão moderna e sua narrativa de progresso da racionalidade que, ao internalizar dialeticamente a loucura no homem são e ao querer curar o louco, exclui a possibilidade de a loucura significar maior proximidade com o mundo e uma atitude afirmativa e amoral diante da morte (apud VAZ, 1997). A alternativa diante dessa ética moderna da desalienação, que desliga a loucura do mundo e de suas formas subterrâneas para atrelá-la ao homem e à moralidade, é apresentada como experiência trágica, não-crítica, da loucura (VAZ, 1997), que experimenta a estranheza do mundo, “se deixa fascinar pela loucura, como se esta fosse uma bola de cristal irisada, misteriosa, onde nos perdemos em sua contemplação”.

Foucault (apud VAZ, 1997) tenta explicar o motivo pelo qual a loucura ‘precisou’ ser representada como encarnação do mal: é como se a morte – o vazio da existência –, ao invés de exterior e distante no tempo, estivesse já agora presente no interior do indivíduo, constatação que provoca temor nos homens e os inquieta em relação à própria existência.

“Tornado interior e constante, o vazio não desenha mais um aquém e um além; o limite torna-se intransponível e se abre para uma existência ilimitada: a vida passageira nos condena à eterna passagem e não à passagem para a eternidade. Abertura do inumano da existência. Afirmção trágica da vida e espacialidade labiríntica. [...] O nada interiorizado e constante não nos permitiria a moralidade ao tornar irrisório o temor da morte”. (VAZ, 1997, P. 17)

Portanto, as narrativas modernas de progresso e a proposta humanista de cura dos loucos são, na realidade, formas de recusar o que pode haver de inumano em cada um de nós; e reduzem as inúmeras possibilidades de experimentação do mundo à oposição binária entre são e louco, sendo este o doente mental que necessita ser salvo. A ‘espacialidade labiríntica’ seria, ao contrário, a aceitação da loucura como nova experiência de pensamento, o convite a uma outra vida, e não à compaixão para com os ‘infelizes’ (VAZ, 1997).

A história da transformação da percepção social da melancolia é bem parecida com a da loucura; provavelmente, as críticas de Foucault à constituição da loucura como doença mental valeriam para ela também. Nos séculos XV e XVI, assim como a loucura era percebida como um saber esotérico, ligado aos sonhos e detentor da verdade secreta do homem (VAZ, 1997), a melancolia era ‘virtude’ dos gênios e artistas, motivo de glória e não de sofrimento; causava “dor e prazer de ser si mesmo” (EHRENBURG, 2000).

Até o começo do século XIX, a melancolia era definida como doença do julgamento ou do entendimento, justamente porque o melancólico ‘sofria’ de desrazão; a partir dessa época, no entanto, incorporou a seus sintomas, além de um delírio parcial e eventual, uma dor moral, normalmente expressa na forma de tristeza, abatimento e desgosto de viver (EHRENBURG, 2000). Por volta da segunda metade do século, porém, o olhar clínico mudou e a melancolia perdeu definitivamente seu caráter ‘sublime’: de grandeza da alma migrou à miséria afetiva e moral, movimento comprovado, inclusive, por atingir igualmente as classes mais baixas da sociedade. O delírio saiu do seu conjunto de sintomas, restando apenas uma paixão triste, mas à qual foram incorporadas as sensações de desespero e, principalmente, de consciência moral de si, ou seja, a melancolia tornou-se, enfim, a doença da razão.

Do mesmo modo que podemos afirmar em relação à loucura, o novo entendimento da melancolia ilustra a transformação, pela psiquiatria moderna, da falta moral do homem em objeto médico, exatamente no momento em que a liberdade individual vira questão política (EHRENBURG, 2000). No final do século XIX, os estudos sobre melancolia começam a insistir com mais ênfase em torno da questão da consciência exacerbada de si. Em 1894, o psiquiatra

francês Jules Séglas afirma que a dor do melancólico se reduz ao sentimento de impotência (apud EHRENBURG, 2000), o que significa dizer que o doente tem consciência do seu mal íntimo, mas não consegue reagir a ele. Conforme será explicado a seguir, essa definição de Séglas aproxima bastante a melancolia do conceito atual de depressão; não é à toa que a partir do século XX o melancólico se transforma, justamente, no sujeito deprimido, aquele cuja consciência de si é aguçada ao extremo.

3.2 Da neurose à depressão: a perda do objeto do sofrimento

No final do século XIX, a loucura, até então doença única composta por muitos sintomas, foi desmembrada pelos especialistas em vários distúrbios mentais, o que resultou basicamente na formação de dois grandes grupos: as psicoses e as neuroses. A melancolia, por sua vez, foi enquadrada no subgrupo das psicoses maníaco-depressivas, distúrbios caracterizados pela oscilação no paciente de duas fases mentais, ora de agitação, ora de depressão (EHRENBURG, 2000).

As neuroses foram definidas como doenças sem causa orgânica ou contrapartida anatômica, sem delírio evidentemente, mas cuja causa era externa. Dentro do grupo das neuroses, dois distúrbios específicos nos interessam aqui: a neurastenia e a histeria, cujo conceito surge depois do daquela. Pode-se mesmo dizer que a neurastenia, denominada de ‘doença moderna’, foi nos últimos vinte anos do século XIX o que a depressão é hoje na nossa sociedade: o mal íntimo mais diagnosticado nos consultórios psiquiátricos e mais comentado na sociedade em geral.

A importância da neurastenia reside no fato de que foi a partir dela que se iniciou o processo de ‘socialização do espírito’ (EHRENBURG, 2000), que culminou com o aparecimento da depressão como doença cujo sofrimento não tem outro ‘objeto’ senão ele mesmo. De forma geral, observam-se nessa passagem da neurastenia à depressão dois deslocamentos mais importantes: o primeiro, com o surgimento da psicanálise, é a internalização do objeto da doença, que deixa de ser externo para ser interno ao indivíduo, mas ainda distante dele, pois é desconhecido; o segundo, resultante da interpretação biologizante de doença mental, é a fusão definitiva entre sujeito e objeto interno, provocando o achatamento do espaço psíquico e a perda de vínculo com a profundidade, e fazendo surgir, em seu lugar, uma contrapartida orgânica no cérebro para o sofrimento.

A análise desses dois deslocamentos deve começar com a construção do conceito de objeto externo relacionado à neurastenia. Isso aconteceu porque, juntamente com o conceito de neurastenia, foi concebida a possibilidade de ligação entre cérebro, espírito e sociedade: essa doença resultaria, não de uma lesão, mas de um acontecimento externo, mais especificamente do cansaço industrial; surgiu, assim, a idéia de que causas sociais poderiam ‘penetrar’ no sistema nervoso, causando distúrbios (EHRENBURG, 2000). Segundo essa concepção, a sociedade e seus ‘males modernos’ constituiriam, portanto, o ‘objeto’ responsável pelo sofrimento psíquico.

As pesquisas sobre histeria no século XIX também tiveram como objetivo compreender melhor como uma motivação externa era capaz de suscitar uma desordem de espírito. Foi nessa época em que surgiram os conceitos de trauma e de reação, propostos por Charcot (apud EHRENBURG, 2000): o paciente reagiria patologicamente, através de conversões histéricas, a choques externos, como, por exemplo, a acidentes de trem ou ao consumo excessivo de álcool e de drogas. Conforme é fácil perceber, essas concepções de trauma e reação continuavam a atribuir um objeto – causalidade externa – a distúrbios mentais.

A partir daí, dois movimentos principais ajudaram a promover a internalização do objeto causador do sofrimento e, conseqüentemente, a desenhar a genealogia do sofrimento sem objeto que caracteriza o sujeito deprimido (EHRENBURG, 2000). O primeiro deles foi o surgimento e fortalecimento do conceito de descentramento da consciência, resultante das teorias sobre trauma e inconsciente, de Freud – as idéias de que existe uma memória que insiste e se repete no tempo e de que um ‘desconhecido’ governa a consciência – e de arco-reflexo (jogo mecânico, involuntário e imediato entre estímulo e resposta), que explica a atividade psíquica a partir de ‘forças’ sobre as quais o indivíduo não tem nenhum poder.

O segundo fator foi o aprofundamento, ao longo do século, de uma ‘sensibilidade de si’, abrindo caminho para inquietações íntimas e interrogações identitárias. Ao mesmo tempo em que queriam se afastar da tradição e observar seu ‘reflexo’, sua imagem exterior – desejo comprovado pelo nascimento da fotografia e a difusão de espelhos –, as pessoas passaram prestar mais atenção ao seu próprio interior: surgiram os diálogos interiores, ‘conversas secretas com interlocutores mudos’. (EHRENBURG, 2000).

Esses dois movimentos contribuíram, portanto, para a internalização do objeto e a criação de um espaço psicológico desconhecido do próprio indivíduo. E era justamente essa distância entre pensamentos consciente e inconsciente, entre o sujeito e seu objeto, que pressupunha a

presença do psicanalista para ajudar o paciente a descobrir sua verdade e a origem de seus conflitos. A própria presença do conflito só era possível no sujeito moderno porque implicava a presença de um desejo inconsciente que, por questionar a sua identidade, não vinha à tona.

Do ponto de vista da sintomatologia, a depressão surgiu no século XX como fusão da paixão triste, que caracterizava a melancolia, com o comportamento cansado, típico da neurose. Um aspecto seu, porém, é totalmente novo: o deprimido pode dizer apenas ‘eu soffro’ e não ‘eu soffro de tal doença’, já que não é mais necessário um acontecimento externo que o ‘traumatize’ e justifique seu sofrer (objeto externo), e nem há mais tampouco um espaço psicológico inconsciente que governe a sua consciência e interfira na sua subjetividade, e o qual seja necessário procurar interpretar. Seu sofrimento não tem mais objeto; a fusão entre sujeito e objeto é tão completa que ele pode dizer que sofre de sofrer. Com o achatamento do espaço psíquico e o desaparecimento dos desejos inconscientes, o indivíduo não sofre mais de conflitos internos, nem tampouco há em seu interior regiões às quais ele não tem acesso; pelo contrário, todos os seus sentimentos, pensamentos e vontades lhe são transparentes. Daí a relativa facilidade de descreverem a si mesmos e de compreenderem a linguagem do íntimo divulgada pela mídia.

3.3 Depressão: mais características

Na década de 60, os especialistas consideravam a existência de três tipos de depressão: a endógena, cuja origem seria somática, ou seja, mecanismos biológicos da pessoa afetariam suas experiências psíquica e subjetiva; a neurótica, ligada à personalidade, ao conflito e à desordem psicopatológica; e a exógena ou reacional, motivada por um acontecimento externo. Essa subdivisão da doença, porém, não fornecia aos psiquiatras critérios claros para que conseguissem diferenciar com exatidão os tipos da doença, o que gerava, em consequência, problemas na elaboração de diagnósticos dos pacientes e na decisão de qual tratamento terapêutico seria mais adequado a cada caso (EHRENBERG, 2000).

Para dar conta desse problema de classificação, duas propostas foram lançadas na década de 70 e acabaram funcionando como as duas soluções mais importantes para acabar com os obstáculos ao diagnóstico da depressão (EHRENBERG, 2000). A primeira, proposta por psicanalistas, contribuiu para a separação definitiva entre depressão e neurose/ psicose. O conceito defendido por eles, que foi amplamente aceito e incorporado pelos demais profissionais

da área, é o de que enquanto o neurótico é o doente cujo conflito inconsciente vem à tona, causando culpa, no deprimido, ao contrário, o conflito não aparece, já que o espaço psíquico foi achatado; ele se sente frágil e ‘vazio’, não consegue suportar frustrações. O segundo acontecimento importante foi a publicação, nos Estados Unidos, da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM-III), que descreve os sintomas de cada transtorno e contribuiu para a associação dos fatores biológico, social e psíquico na avaliação das perturbações mentais. De forma geral, a importância dessas duas soluções reside no fato de que juntas promoveram a separação definitiva entre o modelo conflitual de doença psíquica e o modelo deficitário. Mais uma vez, o homem deprimido é o homem deficitário, aquele que falta a si mesmo, que não é capaz de fabricar a si mesmo.

Nos anos 70, com o surgimento do conceito de ‘*borderlines*’ ou ‘estados-limites’, a depressão passa a ser avaliada como uma patologia narcísica, que caracteriza justamente pacientes que, sem consciência moral, além de não se angustiar com um conflito e não sentirem culpa, tornam-se prisioneiros de uma imagem ideal de si, sentindo-se, por isso, impotentes e paralisados. Se antes os distúrbios do conflito, como a neurose, estavam ligados a um ideal de superego muito elevado, que reprimia exageradamente os desejos do sujeito, hoje a depressão está associada a um ideal de ego excessivo, que convida a tudo fazer, gerando no indivíduo o sentimento de inferioridade. O deprimido se vê como responsável por sua incapacidade, se sente limitado pelas regras que ele próprio estabelece para si; por isso, toda frustração é muito difícil de suportar. Para aliviar o sentimento de vazio, tenta preenchê-lo através do apelo a objetos externos; daí a ligação direta entre depressão e dependência de drogas, alcoolismo e comportamentos alimentares compulsivos. A depressão encarna a tensão entre a aspiração de só ser si mesmo e a dificuldade de o ser, experiência característica da nossa época, cuja pressão constante é pela necessidade de ser (EHRENBERG, 2000).

3.4 Eu neuroquímico: nós somos o nosso cérebro?

Se, por um lado, a depressão é definida como doença cujo sofrimento não tem objeto, é importante observar, por outro, o crescimento, principalmente nos últimos cinquenta anos, de uma tendência biologizante de pensar essa doença mental – e todas as outras – como resultado de irregularidades no cérebro e em sua composição química. Ausência de objeto psíquico

desconhecido, porém contrapartida na superfície do corpo. A biografia, o meio social e as experiências do indivíduo – cuja importância foi inserida na psicanálise por Freud –, se já estavam em progressivo esquecimento, hoje, segundo essa lógica neuroquímica, só importam em uma ordem inversa, isto é, se primeiramente provocam mudanças no cérebro e essas sim configuram uma doença. A depressão passa a ser sinônimo de baixa quantidade no cérebro de serotonina, um neurotransmissor responsável por mediar a passagem de estímulos nervosos.

Desde o começo do século XX, a informação de que eram habitados por um profundo interior psicológico passou a ser um fator importante na tomada de decisões dos indivíduos, o que pode ser comprovado com a criação de uma linguagem para falarem de si mesmos, o sucesso dos testes vocacionais e de QI (de inteligência) e a proliferação das psicoterapias, com o objetivo de liberação psíquica (EHRENGERB, 2000; ROSE, 2006). Nas últimas décadas do século, entretanto, a abordagem biológica passa a ser levada em consideração pelos homens quando tentam se entender. Desde então, eles vêm se transformando em seres neuroquímicos (BEZERRA JÚNIOR, 2000; ROSE, 2006): as variações em seus pensamentos, comportamentos, emoções e desejos são mapeadas no cérebro, considerado a base neuroquímica da vida mental humana.

Se a doença mental é consequência comportamental de um erro ou anomalia em um dos elementos da composição orgânica do cérebro, estaríamos de volta ao pressuposto – o qual não se mostrou eficaz na Modernidade – de que tudo o que ocorre no espaço psíquico tem contrapartida anatômica. Vivenciamos mesmo, no que diz respeito à concepção de doença hoje, o oposto do que se pensava na cultura moderna: as doenças orgânicas, antes com contrapartida anatômica, tornam-se agora assintomáticas e passíveis de adiamento pelo controle dos fatores de risco, enquanto as mentais, por sua vez, cuja causa estava invisível, passam a ser entendidas a partir das características físicas do cérebro.

Benilton Bezerra Júnior (2000) apresenta dois argumentos principais para justificar a ampla aceitação da lógica biologizante do pensamento humano nos nossos dias. O seu primeiro sustentáculo seria a própria posição, de destaque e credibilidade, que a biologia ocupa na sociedade atual, apoiada pelo desenvolvimento das ciências da informação e das tecnologias computacionais; para ele, a biologia é candidata ao posto de ‘ciência-paradigma’. Uma prova dessa hipótese é a apropriação de termos técnicos – sinapse, serotonina, neurotransmissor – pela mídia e o homem comum.

De fato, foram inúmeros os avanços e as descobertas da psiquiatria biológica a partir da década de 50: mapeamento cerebral, tomografia computadorizada, ressonância magnética e outras diversas técnicas permitem ver as atividades do cérebro – pensar, se emocionar, desejar, etc – em suas diferentes regiões no momento exato em que elas acontecem, bem como o deslocamento de suas substâncias químicas. Logo, esse ‘simulacro’ do cérebro possibilita objetivar distinções entre seu funcionamento considerado ‘normal’ e o ‘patológico’. Há, inclusive, médicos que recorrem a essas técnicas para ‘provar’ a seus pacientes que eles estão realmente doentes e devem, portanto, ser medicalizados: se um indivíduo bipolar é capaz, ele próprio, de enxergar, através de diferentes cores, os diferentes níveis do metabolismo gerado no cérebro em sua fase maníaca, dificilmente não se convencerá de que deve tomar os remédios prescritos pelo médico (ROSE, 2006). É como se as novas técnicas que permitem ver o cérebro comprovassem na prática a existência da doença mental.

Esse novo modo de pensar da psiquiatria biológica e a preocupação em afirmar a quase irrefutabilidade dos resultados a que se chega, através de inúmeros testes para assegurar a veracidade das informações, além de estabelecer o que conta como explicação, determina também o que deve ser explicado: o cérebro e suas disfunções orgânicas, e não mais a mente ou a psiquê (ROSE, 2006). O problema é que, no momento em que se estabelece qual desempenho cerebral é o ‘normal’, é criado simultaneamente a categoria de doença; os deprimidos são, dessa forma, igualmente construídos como ‘tipos’ de pessoa.

O segundo argumento que explica as enormes credibilidade e aceitação da lógica biologizante nas últimas décadas diz respeito à ausência de uma política forte, que estimule debates sobre essas questões novas (BEZERRA JÚNIOR, 2000). Bezerra aponta algumas modificações no cenário político, econômico e social: a despolitização da vida social, a submissão da vida política aos ditames do mercado, o deslocamento das questões existenciais para a performance do corpo, a exigência de fruição imediata, provocada pelo hedonismo. “Num mundo em que as aspirações de autonomia e reinvenção de si e do mundo aparecem aposentadas compulsoriamente por obsolescência histórica, mais vale uma pílula na mão do que dois ideais voando” (BEZERRA JÚNIOR, 2000, p. 164). Seguindo essa idéia, a solução biológica seria, de certa forma, uma solução simples para resolver as complicadas questões da existência.

3.4.1 Drogas e molecularização do tratamento

Rose chama de molecularização dos diagnósticos psiquiátricos essa tendência atual de classificar doenças mentais com ‘critérios visíveis’, atribuindo cada distúrbio mental específico à falta de uma substância x em uma região y do cérebro. Esse super detalhamento dos diagnósticos tem duas conseqüências principais: a primeira é o aumento vertiginoso do número de desordens mentais existentes; por exemplo, enquanto o censo de 1840 trabalhava com as porcentagens de ocorrência na população de apenas dois distúrbios – idiotice e insanidade –, o DMS-IV (quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais) de 1994 descreve 350 doenças distintas, desde a desordem do estresse agudo até o voyeurismo (ROSE, 2006).

O segundo resultado é o surgimento de uma molecularização semelhante no tratamento medicamentoso das doenças, já que a neurociência esteve sempre intrinsecamente ligada à pesquisa de drogas psiquiátricas. Houve sempre um trânsito acelerado entre clínica, laboratório e indústria: quando uma nova desordem é atribuída a uma anomalia em um sistema neurotransmissor específico, pesquisas em universidades e laboratórios farmacêuticos rapidamente isolam os componentes cuja estrutura molecular curaria essa irregularidade e, a partir daí, são produzidos os remédios (ROSE, 2006).

Assim, se antes os efeitos dos remédios da mente era genéricos – tinham função sedativa ou estimulante – hoje passam a atuar em partes bem particulares do cérebro, aumentando ou diminuindo a quantidade de suas substâncias químicas específicas. Se o cérebro é molecularizado, o tratamento também precisa ser bem direcionado. Foi justamente essa retórica de seletividade e especialidade que garantiu o sucesso do Prozac logo quando foi lançado no mercado. Ao contrário dos antidepressivos anteriores, que agiam em regiões diferentes do cérebro e podiam causar efeitos indesejáveis, o Prozac apresenta-se como medicamento que só aumenta a quantidade de um único neurotransmissor, a serotonina. Aproveitando-se dos avanços da tecnologia, o site do Prozac disponibilizava aos internautas simulações animadas do cérebro, mostrando as moléculas de serotonina pulando durante uma sinapse – calmamente, no cérebro normal; bem mais lentamente, no deprimido; e novamente de volta à velocidade normal, no cérebro medicado com Prozac (ROSE, 2006).

3.4.2 Nova forma de (não) sofrer

É claro que não se trata aqui de menosprezar a utilidade ou negar a importância do avanço das neurociências e as intervenções eficazes no sistema nervoso para reduzir o sofrimento psíquico. A crítica se endereça à pretensão de reduzir a vida mental, a experiência psíquica e subjetiva de cada pessoa, e seus processos tão complexos, à ordem simplesmente física. Além do esvaziamento da subjetividade, esse ‘naturalismo reducionista’ (BEZERRA JÚNIOR, 2000) tem como efeito colateral a transformação dos problemas da vida individual e coletiva em meras disfunções neuroquímicas a serem tratadas com o consumo de psicofármacos em grande escala.

Bezerra começa seu texto ‘Naturalismo como anti-reduccionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade’ (2000) descrevendo que a experiência humana – a vida psicológica e suas patologias aí incluídas – é concebida como comportando uma dupla dimensão: a biológica (orgânica) e a moral (psicológica). Dentro da psiquiatria, essa polaridade desde sempre pode ser percebida na tensão entre dois projetos, que interpretam de forma diferente os fenômenos subjetivos e psicopatológicos: de um lado, a busca por causas físicas dos quadros psicopatológicos; de outro, a tentativa de entender os processos psíquicos e a influência de fatores sociais e culturais no funcionamento da vida mental. No final do século XIX e início do XX, porém, o modelo organicista se impôs, ainda mais com o surgimento dos medicamentos psicotrópicos, a partir da década de 50. O problema é que suas teorias se expandem tanto que ultrapassam o limite do campo psiquiátrico e invadem a cultura, o imaginário social e a linguagem do dia-a-dia (BEZERRA JÚNIOR, 2000).

Uma questão preocupante relacionada ao aumento da capacidade tecnológica de transformar a vida dos homens é a de que até as emoções, mal-estares e sofrimentos normais da existência acabam se tornando objetos de intervenção química. Ao propor modificar e melhorar o modo de experimentação de nossas vidas, o discurso da publicidade dos antidepressivos traz, ainda que implicitamente, concepções do que é e deve ser o indivíduo hoje, e o que deve ser valorizado por cada um; daí o recurso às intervenções tecno-biológicas ter se transformado no meio mais eficaz e legítimo de enfrentar as dificuldades da vida pelo deprimido. Como não se acredita mais na existência de um espaço natural psíquico, depósito de história e experiências, atribui-se aos medicamentos a capacidade de modificarem o caráter e a personalidade das

pessoas, ainda que isso implique interferir direta e primeiramente na composição química do cérebro.

Assim, partindo da teoria da construção histórica do objeto, classificar todo tipo de sofrimento como disfunção cerebral resulta igualmente na reconfiguração da noção de sujeito e da forma como ele se pensa, se julga e governa o que considera normal e anormal em si. Os novos seres neuroquímicos, ao negarem a existência de um espaço psíquico com profundidade e mistério, interpretarem seu sofrimento unicamente em termos do funcionamento do cérebro e agirem sobre si baseados nessa crença, excluem a possibilidade de esse sofrimento funcionar exatamente como Foucault propunha em relação à loucura, isto é, como uma nova forma de questionar a si mesmo, experimentar a vida e se relacionar com o mundo.

4 Mídia e linguagem do íntimo: psicologia para as massas

Atualmente, não é somente a autoridade médica que discursa com credibilidade sobre a depressão; qualquer pessoa fala sobre a doença, seja em relação a si mesmo ou a seus próximos, com relativa facilidade e domínio do assunto. Além disso, a própria palavra ‘depressão’ é utilizada nas mais variadas conversas do nosso dia-a-dia. Mas de onde vem essa linguagem comum que todos utilizam para descrever seus estados mentais e que garante a sua mútua compreensão, sem problemas de interpretação? Este trabalho defende a hipótese de que a mídia é, na sociedade atual, a grande responsável por divulgar essa gramática da vida interior para seus leitores e fazer, então, com que compreendam seu sofrimento, falem sobre ele e ajam em relação a ele. Esse apoderamento da linguagem para falar sobre si é reforçado pelo conhecimento que o indivíduo acredita ter hoje sobre seu íntimo. Conforme já foi visto, com o achatamento do espaço psíquico e o esquecimento da força inconsciente que nos governa sem que saibamos, o sofrimento perde seu vínculo com uma profundidade psíquica e não tem outro objeto que não ele mesmo. Localizado em um espaço mais superficial ao qual toda pessoa tem acesso, torna-se, portanto, passível de ser reconhecido e descrito em uma linguagem comum.

A hipótese se estende: ao difundir informações sobre a enorme gama de sintomas da depressão, a mídia alerta os leitores para a possibilidade de o seu sofrimento experimentado no dia-a-dia ser uma doença psíquica passível de tratamento, inclusive à base de remédios. Essa tarefa midiática é facilitada pelo fato de acreditar-se que a depressão pode caracterizar as mais diversas perturbações mentais, desde um simples abatimento cotidiano até a catatonia. Logo, lendo as notícias na mídia, a pessoa consegue, a partir da comparação entre os sintomas divulgados da doença e o que ele sente de fato, descobrir a intensidade e o nível de gravidade do seu sofrimento; em seguida, se pensar como membro do grupo dos que sofrem indesejadamente, mas ainda não estão doentes, ou da categoria daqueles cujo sofrimento, apesar de aparentemente ainda tolerável, já é patológico e deve ser cuidado. Com a adesão cada vez maior à explicação biologizante para doença mental, porém, a primeira categoria de pessoas tende a desaparecer e todos os mal-estares, angústias e tristezas, a serem enquadrados como sintomas do segundo grupo.

Assim, voltando mais uma vez à teoria sobre a construção social da depressão, a mídia, ao classificar certos sofrimentos como doença e descrever as formas de identificá-los e tratá-los,

contribui para a criação da categoria do ‘deprimido’ e para a produção de uma nova subjetividade contemporânea, pois interfere no modo como os indivíduos se pensam, são capazes de descrever seus sofrimentos psíquicos e de lidar com eles. Mais concretamente, isso também significa dizer que a mídia contribui para o surgimento de uma nova relação entre o indivíduo e sua doença: ele próprio, ao ler ou ouvir notícias nos meios de comunicação sobre depressão, se reconhece doente e toma decisões a partir daí, como consultar um médico e iniciar um tratamento com remédios. Com a depressão tendendo à cronicidade (EHRENBURG, 2000), cada vez mais o próprio deprimido se torna ‘dono’ da sua doença: bem informado pela mídia sobre os sintomas e tendo domínio quase total sobre o que se passa em seu íntimo ‘achatado’, ele próprio se interpreta e detecta o momento exato em que necessita recorrer aos antidepressivos.

Mas nem sempre foi assim. Segundo pesquisas de Alain Ehrenberg (2000), até a década de 70 havia nos periódicos, sobretudo na imprensa feminina, muitas notícias que davam conselhos de vida aos seus leitores. Nelas, três características eram mais marcantes: a linguagem de autoridade, o estilo prescritivo e pedagógico dos textos – “este é o seu problema e é isso que você deve fazer para resolvê-lo” –, e a divulgação de uma visão de destino coletivo, pré-determinado, que todos devem seguir (o papel institucional da mãe, da esposa, etc). Tratava-se de uma espécie de ‘disciplina a domicílio’, ou seja, passava-se a idéia de que para uma pessoa ser feliz bastava cumprir seus deveres na sociedade e manter a estabilidade da vida familiar; não era necessário pensar sobre si e sua vida interior.

A partir dos anos 70, entretanto, a mídia, acompanhando as mudanças pelas quais passa a sociedade – o público passa a ser prolongamento do privado, o bem-estar está mais acessível a todas as classes sociais, o conflito dá lugar à responsabilidade e à iniciativa –, começa a valorizar a relação de cada indivíduo consigo mesmo e com os outros à sua volta. Dessa forma, convida-o a interpretar mais seus sentimentos e sua vida interior, até porque agora, com a perda de profundidade do espaço psíquico, ele tem, em primeiro lugar, acesso imediato a eles e, ainda, saber para analisá-los. Esse fenômeno midiático é descrito por Ehrenberg (2000) como a criação de uma ‘psicologia para as massas’, ou seja, ao abrir um espaço público para a discussão da vida psíquica, a mídia fornece uma linguagem que todos podem compreender e utilizar para falar de si próprios. Isso ocorre através de três movimentos principais: a desestigmatização da doença, o estímulo a pensar sobre si e a criação da linguagem do íntimo propriamente dita.

Para tentar entender como esses três movimentos aparecem mais concretamente no discurso midiático, foram coletadas, no arquivo digital da Folha de S. Paulo, disponibilizado pelo site da UOL, todas as notícias de janeiro a outubro de 2007 nas quais aparece o termo ‘depressão’. A escolha desse jornal se deve, além da facilidade de acesso, ao fato de ser um importante formador de opinião, com um público tipicamente de classe média, e de possuir uma editoria – denominada ‘equilíbrio’ – que trata exclusivamente de temas relacionados à saúde. Após terem sido descartadas as matérias em que ‘depressão’ não se refere à doença psíquica, obteve-se o total de 156 notícias, que foram analisadas em um questionário com 13 perguntas quantitativas (anexo A), além da parte qualitativa, destinada à coleta de expressões significativas que constroem a linguagem do íntimo.

4.1 Desestigmatização da doença

O primeiro movimento da ‘psicologia para as massas’ promovida pela mídia consiste em desestigmatizar a doença, ou seja, desculpabilizar o leitor por estar deprimido, mostrando que a depressão é uma doença comum, tratável, e que ele tem o direito de sofrer e se sentir psicologicamente mal (EHRENBERG, 2000). Uma notícia da Folha diz, por exemplo, que uma menina depressiva a qual, ao invés de estudar para o colégio, passava dez horas por dia na Internet, só se curou quando entendeu que seu problema era partilhado por outros jovens: “Mas o que impulsionou sua recuperação foi uma palestra na sua escola, o Santa Maria (zona sul), cujo tema era ‘Perigos e Ameaças Online’. ‘Vi que o meu problema era até comum. Não era só uma frescura de adolescente’” (26/03/07).

O importante aqui é o fato de a mídia dar legitimidade social à depressão, indicando que os deprimidos não precisam sentir culpa ou vergonha da sua situação e mostrando que seus sintomas são naturais numa sociedade como a nossa: os discursos mais comuns são os de que a depressão pode acometer até as pessoas mais ‘equilibradas’ e atinge igualmente todas as classes sociais, inclusive as autoridades e celebridades. ‘Você, leitor, não está sofrendo sozinho’; os problemas privados são compartilhados por todos nós. De fato, das 87 notícias em que a depressão é experimentada por uma pessoa específica (55,8% do total) – ao contrário de se falar genericamente da doença –, 52 (aproximadamente 60%) se referem ao sofrimento de celebridades ou pessoas famosas, como Lady Dai, o diretor de cinema dinamarquês Lars Von Trier, o

comentarista esportivo da TV Globo Walter Casagrande, o jogador Maradona, a cantora Marina Lima.

Outra característica observada na análise da mídia que contribui, ainda que implicitamente, para a desestigmatização da depressão é o fato de as notícias que mencionam a doença estarem espalhadas de forma heterogênea pelas editorias do jornal. A seção ‘equilíbrio’, onde se esperava encontrar a maior quantidade de matérias justamente por tratar exclusivamente de assuntos da saúde, ficou atrás, com 16,7%, das editorias que noticiam, respectivamente, acontecimentos do dia-a-dia e assuntos relacionados à cultura – ‘cotidiano’ (23,7%) e ‘ilustrada’ (19,9%) –, conforme mostra o gráfico 1. Percebe-se mesmo a banalização do termo ‘depressão’, que é utilizado nessas editorias, não para denominar a doença, mas como sinônimo dos mais variados estados de humor, como indignação – “Eu também estou com grave depressão, por ver meus impostos – que deveriam estar construindo estradas – gastos para enriquecer corruptos” (31/01/07) , reprovação – “Juca, que mal vê novela, por falta de tempo, detesta o ‘Big Brother Brasil’. ‘Eu não consigo ver. O programa me deixa em grande depressão. As pessoas, ali, mostram suas piores qualidades’” (08/04/07), e monotonia ou tristeza – “Copacabana tem de tudo: do senhor de 70 anos até a Bebel. Não dá para ter depressão aqui. Se souber olhar, é muito divertido” (08/07/07). Se a depressão está por toda parte e permite definir tantos sentimentos diferentes, não há motivos para os leitores sentirem-se diferentes ou socialmente excluídos por causa do seu sofrimento.

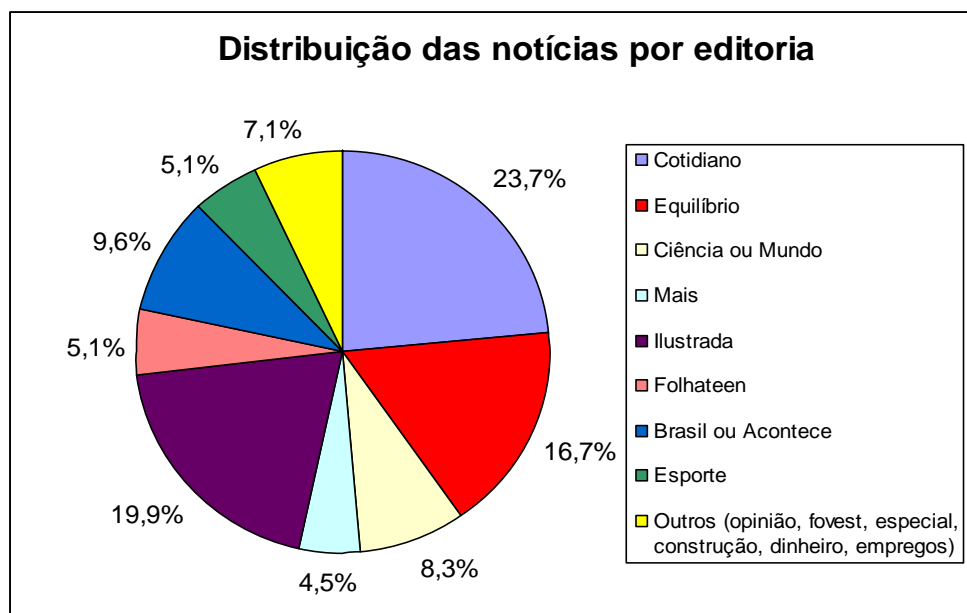


Gráfico 1: Distribuição das notícias sobre depressão por editoria no jornal Folha de S. Paulo

Além de a depressão ser representada no jornal segundo uma gama bastante extensa de significados, também a condição de ‘deprimido’ é atribuída, em alguns casos, não a uma pessoa, mas genericamente a grupos maiores: à torcida do Brasil, se a seleção for derrotada no Maracanã – “se o Brasil jogar mal e/ou perder, vai ser uma decepção, muitas vaias vão ocorrer, e o atual e prolongado luto poderá evoluir, como acontece na vida, para uma profunda e crônica depressão.” (17/10/07); ao povo brasileiro, na ocasião do acidente do avião da TAM – “O trágico dessa tragédia aérea é que, após passar o luto e/ou a depressão da população de todo o país...” (29/07/07); ou ainda a todos os moradores do Rio de Janeiro, constantemente amedrontados pela violência da cidade – “O carioca andava de cabeça baixa, astral em frangalhos, nem mesmo a eleição do Cristo Redentor como maravilha do mundo atenuou seu medo pelas balas perdidas, sua intranquilidade pessoal, sua depressão pela má qualidade de sua vida urbana.” (18/07/07).

O emprego acentuado e banalizado da expressão ‘depressão’, nesses dois exemplos, contribui para, além de desestigmatizar a doença, medicalizar o sofrimento, pois atribui às sensações ruins que ocasionalmente experimentamos em nosso dia-a-dia o estatuto de doença. Não é a toa que, ao verificar qual a causa principal da depressão nas notícias coletadas que contêm essa informação (gráfico 2), obtiveram-se grandes percentuais de fracassos profissionais, términos de relações afetivas, mortes de parentes, dificuldades de conviver em grupo, dentre outras. Primeiramente, chegou-se ao seguinte resultado: 63 notícias (40,4%) não mencionam a possível causa da depressão, enquanto 93 delas (59,6%) o fazem, ainda que de forma indireta. Em seguida, calculou-se, tendo como universo essas matérias que indicavam alguma causa, a porcentagem das mais citadas.

As porcentagens de não-realização profissional e de dificuldade de sociabilidade, ambas de 15,2%, o equivalente a 14 notícias em cada categoria, comprovam a definição atual de ‘deprimido’ como sujeito frustrado, incapaz, inseguro, cansado de ter que se tornar si mesmo (EHRENBERG, 2000) e cujo sucesso na vida só depende dele mesmo numa sociedade na qual, teoricamente, tudo é possível e permitido, e cada pessoa é a única responsável por seu futuro. No primeiro grupo, há duas reportagens mais interessantes: a primeira é sobre a nadadora e professora de Educação Física Eliane Pereira que ficou cega e impossibilitada de continuar trabalhando e, por isso, enfrenta uma depressão; a segunda é sobre Wesley Graves, um jovem que corria Fórmula 1 pela McLaren, mas foi dispensado e entrou em depressão, ainda mais porque um amigo seu continua correndo: “Desde o início do ano, ou melhor, desde a abertura da

temporada, o que era uma decepção profunda recebeu diagnóstico de depressão. Desempregado, há sete anos sem correr, Graves começou a se abater com o sucesso do ex-colega (...) ‘Acho horrível ficar sentado aqui, falando para você sobre o que eu poderia ter sido, sobre o que eu deveria ter sido e não fui. É horrível. Odeio isso. Fico ouvindo histórias sobre o quanto Lewis ganha de dinheiro... Isso fica na minha cabeça. E eu odeio isso tudo. Tiraram tudo isso de mim’, declarou” (21/10/07).

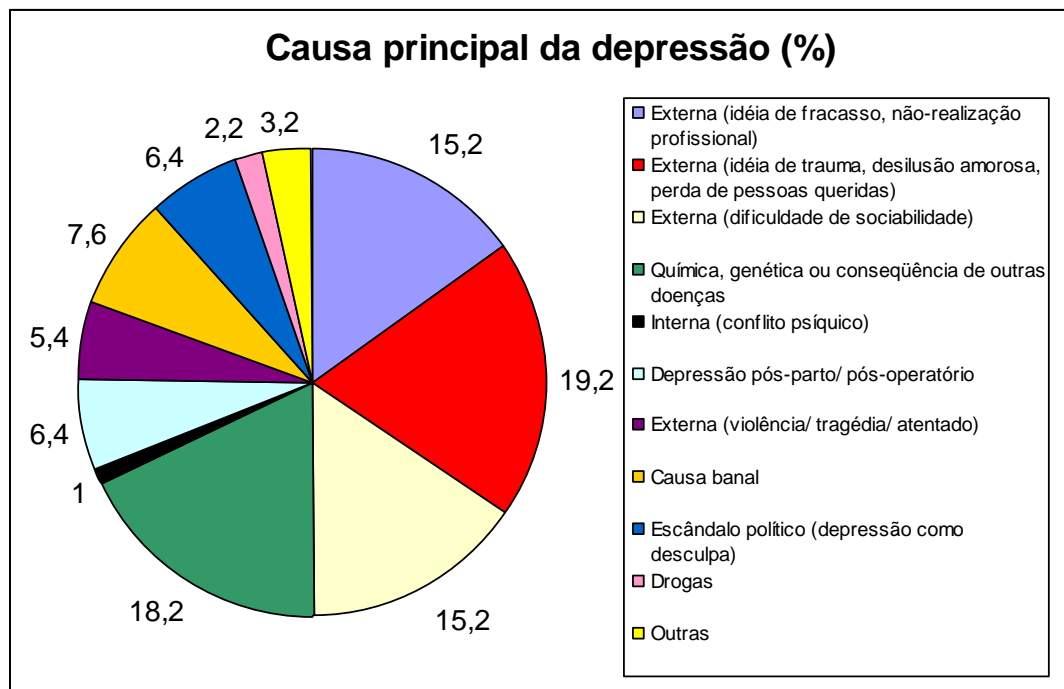


Gráfico 2: Causa principal da depressão nas notícias que contêm essa informação

Uma notícia intitulada ‘42 passos para correr até 42 km’, do dia 19 de abril, é interessante, pois traz duas faces opostas da depressão. Primeiramente, recomenda aos corredores iniciantes que não estabeleçam metas muito difíceis de serem cumpridas, pois eles podem se decepcionar: “É preciso saber lidar com expectativas exageradas. Nas primeiras provas, não se preocupe com a performance e com o tempo. Quem busca isso acaba se frustrando e perdendo a satisfação em correr”. Em seguida, alerta para as consequências também negativas de metas fáceis demais: “Se os resultados são atingidos muito rapidamente, ocorre a chamada depressão pós-objetivo: perde-se o interesse nos treinos e a tendência é a pessoa parar ou retroceder. Crie um plano de etapas nas quais as exigências de desempenho aumentam progressivamente”. Ou seja, além de a

frustração não poder ser grande, se a realização for alcançada rápida e facilmente corre-se igualmente o risco de ‘cair em depressão’.

Na segunda categoria – dificuldade de sociabilidade –, há uma garota acima do peso, um aluno ‘superdotado’ da PUC, ambos com dificuldades de serem aceitos pelos colegas, e ainda meninas atingidas pela depressão por se sentirem socialmente pressionadas a terem a primeira relação sexual. Já o número significativo de 18 notícias que atribuem à causa da depressão traumas amorosos e de perda (19,2%) reflete exagero no uso do termo e, na maioria dos casos, a sua própria banalização, além da medicalização de sofrimentos que todos nós experimentamos em certas fases da vida.

As categorias de causas banais (7,6%), escândalo político (6,4%) e violência (5,4%), que totalizam 18 notícias, ratificam o argumento de que a depressão é usada para caracterizar as mais variadas reações das pessoas a situações adversas do cotidiano: há moradores que entram em depressão ao descobrirem que a rua onde moram está com um buraco na calçada; é quase regra que políticos e juízes envolvidos em escândalos sejam acometidos por crises depressivas; muitas notícias associam os sentimentos de medo da violência e insegurança no Rio à ocorrência de depressão, como é o caso de crianças e jovens moradores do Complexo do Alemão, cuja experiência de vida é “semelhante daqueles que moram em áreas de guerra”. Além disso, também há notícias sobre o risco de políticos vivenciarem depressão pós-poder e de pessoas que, por consumirem drogas e álcool em excesso, acabaram deprimidas (2,2%).

De modo geral, pode-se afirmar que essas causas externas para a depressão, muitas vezes banais, são predominantes em notícias cujo foco principal não é precisamente a doença; ela aparece como informação secundária sobre a vida de uma pessoa, na descrição da história de livros e filmes cujos personagens enfrentam crises depressivas, além de outros exemplos, alguns inclusive já apresentados anteriormente. Daí também não haver propostas para solucionar os sofrimentos experimentados. Já a causa química e/ou genética, a segunda colocada no ranking percentual (18,2%), o equivalente a 28 matérias, é mais freqüente em notícias que explicam explicitamente, inclusive com depoimentos de médicos e vocabulário específico, o que causa a depressão: “Acredita-se que a depressão é sinal de um desequilíbrio químico cerebral nos chamados neurotransmissores, que são as substâncias químicas produzidas pelos neurônios (as células nervosas), por meio das quais elas podem enviar informações a outras células. Dificuldades financeiras, doença na família e a perda de uma pessoa importante também podem

desencadear a doença em pessoas com predisposição genética” (19/02/07). Ou seja, para que causas sociais influenciem a vida da pessoa, é necessário que ela já tenha, a priori, irregularidade genética que a torne mais vulnerável. Quando a depressão é consequência de uma outra doença – mal de Parkinson, por exemplo – também fica clara a interpretação química: “‘Ao contrário do que muita gente pensa, não se trata apenas de uma reação à descoberta de ter Parkinson. São os próprios mecanismos que causam a doença que interferem nessa área. É um processo bioquímico’, disse à Folha o psiquiatra Matthias Lemke, professor da Universidade de Kiel, na Alemanha, que participou do estudo” (26/04/07).

Atribuir à depressão contrapartida orgânica, definindo-a como baixa quantidade de serotonina no cérebro, ou esclarecer que muitas vezes a suscetibilidade à doença está inscrita no código genético do indivíduo são dois tipos de explicação para a depressão que contribuem para a sua desestigmatização. Nesses casos, a culpabilidade pela depressão, por ter causa química ou genética, não pode ser atribuída à pessoa; a doença existe independentemente dela mesma, cuja única responsabilidade que deve assumir é a de cuidar de si.

Como já foi visto no capítulo anterior, quando a causa da doença é química, seu tratamento também deve incidir diretamente no corpo, mais especificamente no cérebro do deprimido. Na amostra de 37 matérias que propõem alguma forma de tratamento para a depressão (23,7% do total), 23 (62%) sugerem o uso de antidepressivos; 27 (73%), a consulta a um médico; 10 (27%), terapia para tratar os sintomas; e 1 (2,5%) análise para que o paciente entenda seu sofrimento. Os próprios deprimidos ou ex-deprimidos dão seus depoimentos de que os remédios os ajudaram muito. As outras 14 notícias (38%) que não recomendam remédios, sugerem tratamentos alternativos à depressão, como, por exemplo, aromaterapia, medicamentos feitos com ervas, alguns alimentos com poderes curativos, como a banana, acreditar em uma religião e a prática de exercícios: “Tanto os exercícios físicos como os medicamentos antidepressivos provocam formação de novas células em uma área cerebral importante para a memória e a aprendizagem (hipocampo). Em resumo, a pesquisa realizada por Astrid Bjornebekk explica como um exercício físico pode ter um efeito antidepressivo na depressão do tipo leve para moderadamente severa, além de mostrar que a atividade física pode potencializar positivamente a ação dos medicamentos antidepressivos” (01/07/07). Como podemos perceber, mesmo os exercícios físicos curam através da ação química em partes específicas do cérebro. Já a terapia indicada é aquela que pretende, em vez de ajudar o paciente a se analisar com mais profundidade,

acabar o mais rápido possível com seus sintomas desagradáveis; mesmo assim, ela deve ser feita concomitantemente ao uso de remédios, descrito como indispensável: “Terapia comportamental sem uma ajuda farmacológica não tem muito futuro” (13/03/07).

A desestigmatização da doença é significativa para entendermos, além da mudança na subjetividade contemporânea, a nova relação do indivíduo com a sua doença. Na sociedade moderna, os doentes mentais – primeiramente os loucos, posteriormente os neuróticos e os psicóticos – não conseguiam reconhecer e interpretar sem ajuda médica suas condições psíquicas; a cura significava exatamente a tomada de consciência de si e a aceitação do desejo causador do conflito. Na sociedade atual, entretanto, com a ausência do conflito e de um espaço desconhecido ao qual não se tem acesso, e a relativa simplificação dos modos de reconhecer-se doente, cabem ao próprio sujeito deprimido a identificação inicial da doença e a decisão por recorrer aos remédios.

4.2 Estímulo a pensar sobre si

O segundo movimento da ‘psicologia para as massas’, consequência natural do anterior, é fazer com que o indivíduo se interesse por sua vida íntima, especialmente pelos seus sofrimentos psíquicos, pense mais sobre si e interprete sozinho, agora que seu espaço psíquico é transparente, suas questões internas. Não se trata, porém, de estimular os leitores a se analisarem em um nível mais profundo, procurando desejos inconscientes que os levam a agir de determinada maneira; o importante aqui é que cada indivíduo reconheça na mídia a possibilidade de estar deprimido e compreenda o quanto está sofrendo. Mais uma vez, esse fenômeno só é possível porque a percepção do íntimo também mudou: de lugar do segredo e mistério, ele passa a ser o espaço que permite ao indivíduo se desvincular de um destino já dado e escolher que vida seguir (EHRENBERG, 2000).

Temos aqui o ponto de partida para que o leitor saiba detectar sozinho em si os sinais premonitórios da depressão. A mídia aparece, então, como uma espécie de autoridade do conhecimento que esclarece a indivíduos desinformados que eles podem estar doentes sem saber e que é, portanto, necessário procurar ajuda médica: “Mesmo com todo o sofrimento que sentem, muitos jovens não percebem que são vítimas de depressão; saiba quais são os sintomas da doença e veja se é hora de pedir ajuda” ou ainda “A vida de Mariana, que hoje tem 21 anos, se repete em

adolescentes de muitas outras famílias. Mas, diferentemente dela, muitos desses jovens não procuram ajuda psiquiátrica ou psicológica por não saberem que esse comportamento é uma doença chamada depressão. E, se não for tratada, ela pode trazer graves consequências ou até levar ao suicídio” (19/02/07).

Depois de alertar o leitor para a possibilidade de ele também estar deprimido, a mídia precisa fornecer, então, uma série de exemplos sobre os sintomas da doença, para que ele possa comparar seus hábitos e sentimentos e verificar se já está na hora de se preocupar com sua saúde mental. O jornal explica, por exemplo, que a preferência por certas atividades no dia-a-dia pode indicar uma tentativa de fugir da realidade e, portanto, de ‘camuflar’ a depressão, como é o caso do uso de drogas, e mesmo do cigarro: “‘Fumantes que estão deprimidos podem estar tentando se automedicar’, diz a pesquisadora. ‘A nicotina – que libera transmissores que melhoram o humor – e a inibição da monoamina oxidase – que reduz a taxa de destruição de neurotransmissores – simula os efeitos de antidepressivos’” (18/02/07). Ou o de passar muitas horas na frente do computador, navegando na internet: “A internet é um Prozac virtual. Ela pode ocultar outros males como depressão e dificuldade de se relacionar” (11/06/07).

São muitos os sintomas apontados e exemplificados pela mídia. Conforme podemos observar no gráfico 3, considerando somente o universo de 45 notícias que citam algum sintoma da depressão (28,8% do total), 12 (26,7%) dizem respeito a baixo rendimento e falta de concentração no trabalho ou na escola, inclusive na realização de atividades que a pessoa já estava acostumada a executar; é esse o caso do cineasta Lars Von Trier, que “não sabe quando filmará novamente porque está deprimido e incapaz de trabalhar. Depois de dar entrada em um hospital no início deste ano, ele perdeu o foco do seu trabalho. ‘É muito estranho para mim porque sempre tive pelo menos três projetos na cabeça ao mesmo tempo’, completou. ‘Você não pode fazer um filme e estar deprimido ao mesmo tempo’” (24/08/07). Dificuldades no relacionamento social, afetivo e familiar devido à irritabilidade e sensibilidade aumentadas (2%); pouca energia, tristeza constante, choro fácil, pensamentos negativos, inclusive relacionados à morte e à inutilidade da vida (26,7%) : tudo isso pode ser sinal de depressão – “A depressão nos leva para a cama e tira a vontade das coisas mais banais, como tomar banho, passar uma escova no cabelo, comer, ler, quem não sabe?” (08/07/07).

É, mais uma vez, ao construir a fronteira entre a tristeza e a doença, indicando que devemos nos preocupar com certos hábitos banais de nossa vida cotidiana, pois eles já romperam

a barreira do aceitável e do não-patológico, que a mídia contribui para a ‘medicalização do sofrimento’: comportamentos e sintomas característicos da tristeza que todos enfrentamos em certas fases da vida – cansaço, dores no corpo, insônia, ansiedade, desilusão com a vida – passam a ser definidos como sintomas de doenças passíveis de tratamento químico. Uma matéria de 30 de setembro, cujo título é ‘Mito ou verdade: chorar constantemente significa estar com depressão?’ constrói justamente essa fronteira entre tristeza e doença: “Não necessariamente. Segundo a psicoterapeuta Desiree Monteiro Cordeiro, há também outros sintomas na depressão, como pessimismo ou impaciência. Ela diz que caso os sintomas se manifestem e o choro não seja consequência de um evento isolado, a pessoa deve procurar um médico”.

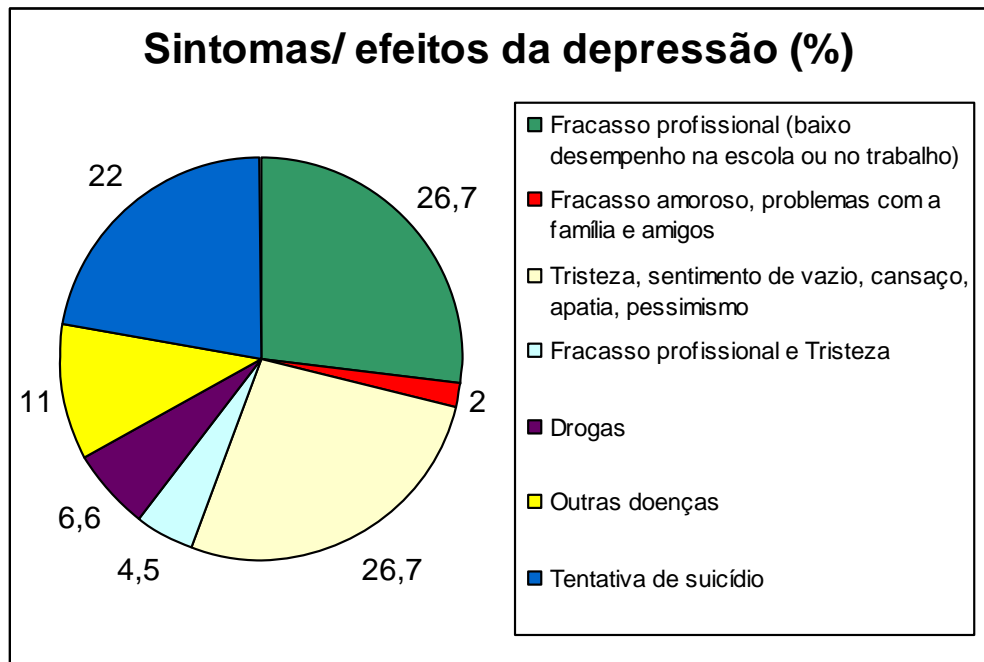


Gráfico 3: Sintomas/ efeitos da depressão nas notícias que contêm essa informação

Mostrar os efeitos da depressão ratifica a necessidade de procurar ajuda médica, ainda mais quando as consequências podem ser muito sérias, como o advento de outras doenças, indicado em três notícias (6,6% das que mencionam sintomas), e a tentativa de suicídio, ainda mais presente, em 10 delas (22%). Uma matéria do dia 23 de agosto apresenta uma pesquisa da Universidade de Brasília (UnB), segundo a qual a depressão é fator de risco para a obesidade, devido aos efeitos colaterais dos antidepressivos, à inatividade física e à compulsão por comida; de 300 deprimidos, 62% estavam acima do peso. Outra, de 19 de fevereiro, alerta para os riscos

de suicídio, ainda maiores se o deprimido beber ou usar drogas: “Se o adolescente estiver deprimido, aumenta 2,5 vezes o risco de ele se matar. Mas, se a depressão levá-lo a se tornar dependente de álcool ou de drogas, o risco aumenta 50 vezes”.

Além de esclarecer o leitor sobre os sintomas da doença e indicar, como já foi visto no item anterior, o que pode ser feito para solucionar o distúrbio, também cabe à mídia informá-lo sobre como evitar que a depressão o atinja. Informações desse tipo estão presentes em cerca de 6% do total da amostra coletada (nove notícias); algumas citadas são a religião, a prática de exercícios físicos – “Homens que fazem exercícios vigorosos, como corrida, têm menos chance de desenvolver depressão ou distúrbios ligados à ansiedade. A pesquisa acompanhou 1.158 homens por dez anos e mostra que eles têm 25% menos chances de ter os problemas” (15/04/07) – e turismo voluntário – “Quem faz o bem para os outros acaba também ajudando a si mesmo (...) quem realiza serviço voluntário costuma ter menor taxa de mortalidade, maior habilidade funcional e menor índice de depressão ao envelhecer” (16/08/07).

4.3 Criação da linguagem do íntimo

Exatamente nesse momento quando o público passa a ser o prolongamento do privado, o terceiro movimento da ‘psicologia das massas’ significa o modo como a mídia fornece a ‘linguagem do íntimo’ ou ‘gramática da vida interior’, isto é, o vocabulário necessário para que o indivíduo aprenda a dar sentido ao seu sofrimento, saiba que pode não estar triste, e sim deprimido, e pense mais sobre si.

O que está em jogo aqui é a forma como aprendemos o sentido e a referência de termos mentais, como desejo, amor, tristeza, dor, etc. Como é fácil entender, esse processo não pode ser um aprendizado privado: se cada pessoa associasse um dado nome (tristeza, por exemplo) a instâncias onde experimentasse tal sensação, haveria uma incomunicabilidade entre os indivíduos, pois cada um teria uma referência diferente para o mesmo nome (WITTGENSTEIN, 2001). Dessa forma, a gramática do íntimo tem que ser ensinada na esfera pública: é nesse ponto, então, que a mídia importa, na medida em que propõe significações comuns que cada leitor compreende e pode se apropriar para expressar o que sente. Nesse sentido, a mídia torna objetivas as experiências subjetivas de cada um de nós.

Ao fornecer uma série de exemplos a partir dos quais pensamos e denominamos o que experimentamos, ela funciona como uma espécie de ‘instituição da interioridade’, justamente por colocar no espaço público a linguagem da interioridade. O que está sendo proposto aqui é que se não houvesse instituições de interioridade como a mídia, não haveria também um consenso social sobre interioridade. Oitenta e seis notícias analisadas (55% do total) discorrem sobre a depressão sem recorrer ao depoimento de nenhuma pessoa, o que comprova a relativa facilidade com que os próprios jornalistas descrevem a doença e explicam aos leitores, através das mais diversas figuras de linguagem, como é o sofrimento experimentado por um deprimido.

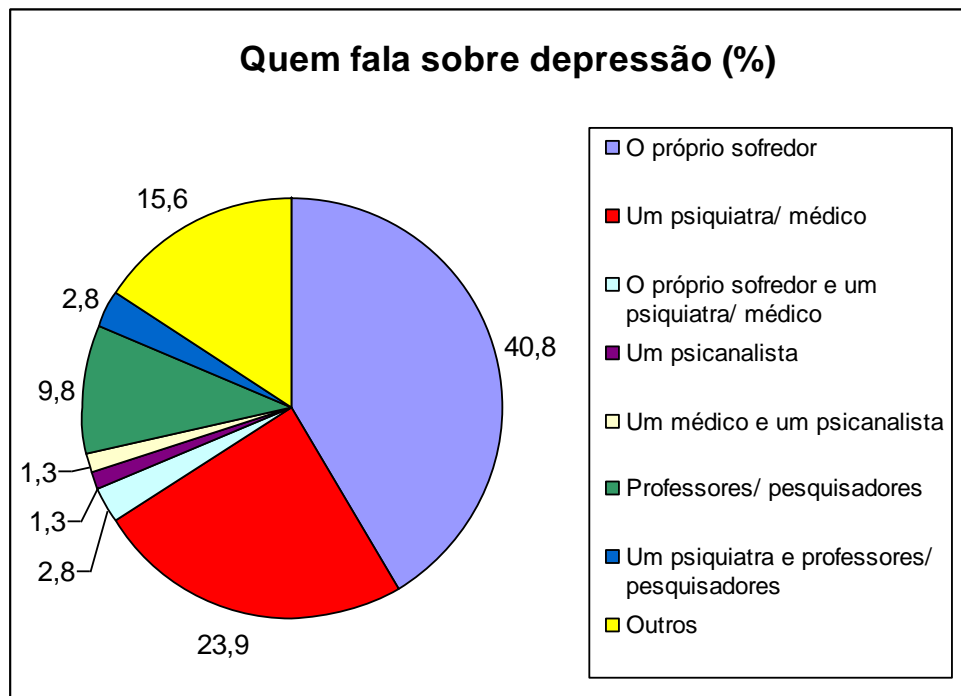


Gráfico 4: Quem fala sobre depressão nas notícias em que há fontes externas

Além disso, ao abrir espaço para que os próprios leitores deprimidos descrevam seu sofrimento, ela reitera o movimento através do qual o outro que sofre ensina aos que ainda não sofrem, ou não o sabem, o que é sofrer. De fato, como nos mostra o gráfico 4, no conjunto das 70 matérias (45% do total) nas quais, além do próprio jornal, outra fonte opina sobre o tema da depressão, 30 – 43,6% (40,8% onde eles falam sozinhos e 2,8 em que também o médico dá sua recomendação) – contêm testemunhos dos próprios deprimidos, que utilizam a linguagem do íntimo. Eis alguns deles: “Me sinto como uma folha em branco” (24/08/07); “Depressão é um

negócio que, quando dá forte mesmo, faz a pessoa ficar sem pensar, desiludida com a vida. Tinha vontade de não ver ninguém, viver sozinho em um outro mundo. E isso dava mais tristeza ainda. Era surreal” (19/02/07); “Não fazia nada, não tinha interesse, não tinha emoções. A sensação que eu tinha quando eu me levantava era a de que o dia tinha que passar rápido para eu dormir de novo. Só me sentia bem em casa, no meu quarto, dormindo. Achava que todo mundo era mais feliz do que eu, eu tinha uma sensação de interminável, de que eu nunca ia sair disso, de que ia viver para o resto da vida nesse marasmo interno” (19/02/07). Se, por um outro, quem sofre ensina ao leitor o que é sofrer, por outro, o médico – que fala em 30,8% (21) dessas 70 notícias com fontes externas – aparece para reafirmar a eficiência dos remédios em erradicar o sofrimento.

Como podemos perceber no dia-a-dia, essa linguagem comum e compreensível a todos já é usada espontaneamente em conversas quando as pessoas querem descrever seu sofrimento psíquico umas para as outras. De modo geral, existe toda uma indústria de serviços que surge aproveitando a existência dessa gramática da vida interior, desde a literatura da auto-ajuda até o surgimento de novas profissões, como sexólogos e terapeutas de grupo, estes estimulando que cada pessoa exponha seus sentimentos para um público que também sofre, já que o íntimo não é mais assunto privado e todos são capazes de compreender os problemas pessoais dos outros.

5 Conclusão

Por fim, é importante retornar ao lugar de onde se fala, a fim de esclarecer uma questão que pode não ter sido totalmente elucidada ao longo do trabalho: defender que a depressão tem origem histórica não significa negar ou mesmo amenizar a realidade dos sofrimentos experimentados ao longo da vida; o ponto aqui é pensar que, ao invés de enquadrados na categoria de ‘doença’, esses sofrimentos poderiam ser interpretados de outro modo. Isso, é claro, se a mídia não intervisse de forma tão incisiva pela defesa da narrativa de progresso da ciência.

Uma reportagem da revista *Veja* sobre depressão, de 31 de março de 1999, exemplifica bem como a mídia exalta os avanços da medicina e situa o passado como lugar de crenças atrasadas e, por isso mesmo, falsas: “No passado, a depressão foi confundida com outras doenças mentais. Hoje, graças às modernas técnicas de diagnóstico, ela pode ser classificada como uma doença afetiva, diferenciada e tratada com precisão”. Um *box* na notícia lista, então, personagens históricos atingidos pela depressão – já existente há mais de 2.000 anos, mas sem a definição correta –, como Beethoven, Abraham Lincoln, Diana Spencer, Marilyn Monroe e Ulysses Guimarães. Abaixo de cada nome, há a ‘prova’ de que eram de fato deprimidos; a de Fernando Pessoa, por exemplo, é: “Assumia várias personalidades literárias. Só teve uma namorada na vida e um de seus heterônimos a dispensou com uma carta malcriada”.

Algumas páginas depois, a matéria promove o rompimento definitivo da relação entre criação artística e melancolia: “A depressão foi muito associada no passado ao gênio criador. Beethoven, Schubert e Chopin, na música, Van Gogh e quase todos os impressionistas na pintura, Ernest Hemingway, Virginia Woolf e Fernando Pessoa na literatura foram vítimas da melancolia que machuca. De acordo com as pesquisas mais recentes, a relação entre criação e depressão não passa de um mito. Alguns dos principais sintomas da doença – desânimo, apatia, falta de iniciativa – na verdade matam em vez de estimular a criação”. Em seguida, abre espaço para um psiquiatra ir ainda mais longe: “Se não fosse depressivo, Hemingway certamente teria escrito com a mesma qualidade e produzido mais obras, já que não teria cometido suicídio.”. E o jornal ratifica a aposta: “Sem dúvida, se tivessem tido a chance de escolher, teriam optado por viver e trabalhar sem depressão”. Será mesmo? Não seria possível, ao contrário, entender a tristeza como estado imprescindível à sua criação, por permitir vivenciar o mundo e as experiências da vida de um outro lugar? Talvez os homens de outrora, ao articularem a melancolia à arte e à filosofia, estivessem ainda indicando com essa associação tanto que o sofrimento faz parte da condição

humana, como que essas atividades criativas são modos de dar sentido a ele. Porém, a mídia, ao contrário, só reproduz a concepção da racionalidade técnica e instrumental, que vê no sofrimento somente algo que prejudica e atrapalha e que deve, portanto, ser suprimido, erradicado.

A reportagem termina com uma exposição de “textos famosos em que a depressão é evidente”; tenta-se, mais uma vez, interpretar com a crença médica atual os sofrimentos enfrentados por pessoas no passado, quando ainda ‘se desconhecia a verdade da depressão’; o depoimento de William Shakespeare, bastante conhecido por todos nós e definido pelo jornal como anunciador de depressão, é o seguinte: “Ser ou não ser, eis a questão. Que é mais nobre para o espírito: sofrer os dardos e setas de um ultrajante destino ou tomar armas contra um mar de calamidades e pôr-lhes fim, resistindo? Morrer... dormir, nada mais. E com o sono terminamos o pesar do coração e os mil naturais conflitos que constituem a herança da carne. Que fim poderia ser mais devotadamente desejado? Morrer, dormir, dormir...”.

Não é somente à interpretação cientificista divulgada pela mídia dos males do passado que se destina a crítica deste trabalho, mas também à dos sofrimentos do presente. Abrir espaço somente para médicos classificá-los como mero distúrbio mental e ainda localizá-los em uma disfunção específica no cérebro é negar as outras tantas interpretações que se poderia fazer desses sofrimentos; uma atitude por esse lado reducionista, e ainda, por outro, redutora das potencialidades de ser, pois elimina a possibilidade de cada indivíduo experimentar a profundidade e a conotação positiva que a tristeza pode ter em determinadas situações da vida.

Referências

BEZERRA JUNIOR, B. C. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18., p. 158-177, 2000.

BURCKHARDT, E.; VEIGA, A. O desafio da depressão. **Revista Época**, São Paulo, 259. ed., mar. 2003.

CARDOSO, M.; LUZ, S. R. A doença da alma. **Revista Veja**, São Paulo, 1 591. ed., mar. 1999.

DAVIDSON, A. **The emergency of sexuality: historical epistemology and the formation of concepts**. Harvard: First Harvard University Press, 2001.

DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

EHRENBERG, A. **La Fatigue d'être soi: Dépression et société**. Paris: Poches Odile Jacob, 2000.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005.

_____. **História da Sexualidade I – A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Os anormais: curso no College de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Vigiar e Punir**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

HACKING, I. **Historical Ontology**. Cambridge (MA): First Harvard University Press, 2002.

ROSE, N. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century**. New Jersey: Princeton University Press, 2006.

VAZ, P. Corpo e Risco. **Fórum Media**, Viseu, v. 1, n. 1, p. 101-111, 1999.

———. **O inconsciente artificial**. São Paulo: Unimarco, 1997.

———. Um corpo com futuro. In: Anelise Pacheco; Giuseppe Cocco; Paulo Vaz. (Org.). **O trabalho da multidão**. 1. ed. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002, p. 121-146.

VAZ, P.; POMBO, M.; FANTINATO, M.; PECLY, G. O poder do indivíduo diante do sofrimento: representações das doenças cardiovasculares na mídia. In: João Freire Filho; Paulo Vaz. (Org.). **Construções do tempo e do outro: representações e discursos midiáticos sobre a alteridade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006, p. 13-35.

WITTGENSTEIN, L. **Philosophical Investigations**. 3. ed. Oxford: Backwell Publishing Ltd, 2001.

Anexo A – Questionário para análise das notícias

Em qual editoria do jornal está a notícia?	
1	Cotidiano
2	Equilíbrio
3	Ciência ou mundo
4	Mais !
5	Ilustrada
6	Folhateen
7	Brasil ou Acontece
8	Esporte
9	Outros (opinião, foveist, especial, construção, dinheiro, empregos)

Quem fala sobre depressão ?	
1	O próprio sofredor
2	Um psiquiatra/ médico
1 e 2	O próprio sofredor e um psiquiatra/ médico
3	Um psicanalista
2 e 3	Um médico e um psicanalista
4	Só o próprio jornal
5	Professores/ pesquisadores
2 e 5	Um psiquiatra e professores/ pesquisadores
6	Outros

Qual é a causa principal da depressão?	
1	Não apresenta
2	Externa (idéia de fracasso, não-realização profissional)
3	Externa (idéia de trauma, desilusão amorosa, perda de pessoas queridas)
4	Externa (dificuldade de sociabilidade)
5	Química, genética ou consequência de outras doenças
6	Interna (conflito psíquico)
7	Depressão pós-parto/ pós-operatório
8	Externa (violência/ tragédia/ atentado)
9	Causa banal
10	Escândalo político (depressão como desculpa)
11	Drogas
12	Outras

Quais são os sintomas/ efeitos da depressão?	
1	Não apresenta
2	Fracasso profissional (baixo desempenho na escola ou no trabalho)
3	Fracasso amoroso, problemas com a família e amigos
4	Tristeza, sentimento de vazio, cansaço, apatia, pessimismo
2 e 4	Fracasso profissional e Tristeza
5	Drogas
6	Outras doenças
7	Tentativa de suicídio

Aparece, no interior da notícia, vocabulário químico?	
1	Sim
2	Não

Quem sofre...

é mulher ou homem?	
0	Notícia genérica sobre a depressão / ninguém específico sofre
1	Mulher
2	Homem

está em qual faixa etária?	
0	Notícia genérica sobre a depressão / ninguém específico sofre
2	Criança
3	Adolescente
4	Adulto
5	Idoso

é famoso ou celebridade?	
0	Notícia genérica sobre a depressão / ninguém específico sofre
1	Sim
2	Não

Ao dizer como se deve tratar a depressão, a notícia sugere:

o uso de remédios?	
0	A notícia não diz como tratar a depressão
1	Sim
2	Não

a necessidade de ajuda médica?	
0	A notícia não diz como tratar a depressão
1	Sim
2	Não

terapia para tratar os sintomas (comportamental)?	
0	A notícia não diz como tratar a depressão
1	Sim
2	Não

terapia para tentar entender o sofrimento (análise)?	
0	A notícia não diz como tratar a depressão
1	Sim
2	Não

formas de prevenção?	
0	A notícia não diz como tratar nem como prevenir a depressão
1	Sim
2	Não